



**PERSEPSI PASIEN PASKA SERANGAN STROKE TERHADAP
KUALITAS HIDUPNYA DALAM PERSPEKTIF ASUHAN
KEPERAWATAN**

TESIS

Diajukan sebagai persyaratan untuk memperoleh
Gelar Magister Ilmu Keperawatan

Oleh :

**I MADE KARIASA
0706254462**

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2009**

LEMBAR PERSETUJUAN

Tesis dengan judul “ **Persepsi Pasien Paska Serangan Stroke terhadap Kualitas Hidupnya dalam Perspektif Asuhan Keperawatan**” suatu studi fenomenologi ini telah diperiksa, disetujui dan dipertahankan dihadapan tim penguji sidang tesis Program Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Depok, 11 Juli 2009

Pembimbing I,

DR. Ratna Sitorus, S.Kp., M.App.Sc.

Pembimbing II,

Yati Afiyanti, S.Kp., MN

PANITIA PENGUJI SIDANG TESIS

Panitia penguji sidang tesis Program Magister Keperawatan kekhususan Keperawatan Medikal Bedah, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Depok, 11 Juli 2009

KETUA,

DR. Ratna Sitorus, S.Kp., M.App.Sc.

ANGGOTA,

Yati Afiyanti, S.Kp., MN

Sriyona, SKp., MN

Lestari Sukmarini, SKp.,MN

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur dipanjatkan kehadapan Tuhan Yang Maha Esa, atas karunia-Nya peneliti dapat menyelesaikan tesis dengan judul ” **Persepsi Pasien Paska Serangan Stroke terhadap Kualitas Hidupnya dalam Perspektif Asuhan Keperawatan**”. Tesis ini merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan pada Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Selama proses penyusunan tesis ini, penulis banyak mendapat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Bersama ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Dewi Irawaty MA.,Ph.D. selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan UI yang telah mengijinkan kami untuk melanjutkan pendidikan kejenjang magister .
2. Krisna Yetty, S.Kp., M.App.Sc., selaku Ketua Program studi Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Direktur rumah sakit Fatmawati beserta staf yang telah memberikan kesempatan peneliti untuk melakukan penelitian.
4. DR. Ratna Sitorus, S.Kp.,M.App.Sc., selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan arahan dan masukan serta konsep-konsep dalam proses penyusunan tesis ini
5. Yati Afyanti, S.Kp., MN, selaku Pembimbing II yang telah banyak memberikan arahan dan masukan serta konsep-konsep dalam proses penyusunan tesis ini.

6. Seluruh staf Pengajar Program Paska Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah memberikan ilmunya dan seluruh staf administrasi yang telah membantu selama proses pendidikan
7. Seluruh partisipan yang telah bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini
8. Pak Kiwan dan teman sejawat di rumah sakit Fatmawati yang telah membantu secara ikhlas dalam memperoleh informasi data partisipan.
9. Orang tua, istri dan anak-anakku tercinta yang selalu secara ikhlas memberikan doa dan dukungan moral.
10. Rekan-rekan seperjuangan, mahasiswa Program Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah pada Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Tahun 2007 atas dukungan dan motivasinya.

Menyadari akan keterbatasan yang dimiliki, penulis meyakini bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, sehingga kritik dan saran maupun masukan yang konstruktif sangatlah diharapkan demi perbaikan di masa yang akan datang. Walau demikian penulis berharap semoga tesis ini dapat bermanfaat untuk para pembaca sekalian

Akhir kata, semoga Tuhan Yang Maha Esa (Sang Hyang Widhi Wasa) selalu melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada kita semua.

Depok, Juli 2009

Penulis

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Juli 2009

I Made Kariasa

***Persepsi pasien paska serangan stroke terhadap kualitas hidupnya dalam
perspektif asuhan keperawatan***

xii + 96 hal + 1 skema + 4 lampiran

Abstrak

Stroke adalah sindrom klinik berupa gangguan neurologis fokal dengan awitan tiba-tiba akibat gangguan aliran darah otak. Gangguan dapat berupa gangguan fisik dan fungsional seperti kehilangan kemampuan bergerak dan berjalan, mengingat, berkomunikasi dan gangguan lainnya. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan dan menggali pemahaman secara mendalam tentang persepsi pasien paska serangan stroke terhadap kualitas hidup dan bagaimana pasien maknanya. Disain penelitian yang digunakan adalah *deskriptif fenomenologi* dengan metode wawancara mendalam. Partisipan adalah individu yang mengalami serangan stroke sebelumnya dan telah mendapatkan perawatan di rumah sakit, diambil dengan cara *purposive sampling*. Data yang dikumpulkan berupa rekaman hasil wawancara dilengkapi dengan catatan lapangan (*field note*) yang dianalisis dengan menerapkan teknik *Colaizzi's*. Hasil penelitian ini mengidentifikasi 4 tema utama yaitu (1) menjadi terbatas dalam melakukan aktifitas sehari-hari, (2) merasakan penderitaan dan perubahan makna hidup setelah serangan stroke, (3) berbagai respon psikologis terhadap kehilangan dan perubahan kontak sosial setelah menderita stroke, (4) setiap pasien stroke membutuhkan pelayanan kesehatan yang profesional. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien paska serangan stroke mengalami gangguan fisik dan fungsional tubuh yang bersifat jangka panjang dan menimbulkan gangguan respon psikologis yang mempengaruhi perubahan kualitas hidupnya. Penelitian ini memberikan gambaran pemahaman tentang kualitas hidup pasien paska stroke serta perawat dapat memberikan asuhan keperawatan yang tepat

Kata kunci : stroke; pasien; gangguan fisik, fungsional dan psikologis; kualitas hidup; asuhan keperawatan

Daftar pustaka, 53, (1997 – 2008)

**POST GRADUATE PROGRAM FACULTY OF NURSING
UNIVERSITAS OF INDONESIA**

Thesis, July 2009

I Made Kariasa

Perception of post stroke patients related to their quality of life in nursing care perspectives

xii + 96 pages + 1 scheme + 4 appendixes

Abstract

Stroke is a clinical syndrome to be in the form of focal neurologic disorder with sudden accident which caused by disruption of cerebral blood flow. Neurologic deficit as a result of disruption blood flow could be physical and functional disruption, for example; disability to move and walk, memories and communication disturbances and others.

This study employed descriptive phenomenology design and data were collected by in- depth interview. Partisipants were individual with post stroke collected by purposive sampling. Data gathering were in interview recording and field note form, then transcribed and analyzed by Collaizi,s analysis method. This study identified 4 themes included : 1) become limited in performing daily activities ; 2) Feel suffering and change meaning of life because of physical limitation and losses; Varies psychologic responses to losses and social contacs decline after stroke; and 4) Everypost stroke patients needs profesional health care. The results revealed that post stroke patients underwent a prolong physical dan functional disability in their life. This condition brought to pshycological respons that lead to change their quality of life. This results would be expected to provide an understanding about quality of life of post stroke patients, therefor it needed to develop nursing care profesional.

Key words : stroke; patient ; physical disability, functional disruption and pshycologics respons; quality of life ; nursing care.

References : 53, (1997 – 2008)

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR NAMA ANGGOTA PENGUJI TESIS	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK	vi
<i>ABSTRAC</i>	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR SKEMA	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I : PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan	8
D. Manfaat Penulisan	8
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA	
A. Pasien Paska Serangan Stroke	10
1. Pengertian Stroke.....	10
2. Klasifikasi	10
3. Penyebab dan Faktor risiko	12
4. Patofisiologi	14
5. Tanda dan gejala.....	17
B. Kualitas Hidup Pasien Paska Serangan Stroke	19
1. Faktor-Faktor yng Mempengaruhi Kualitas Hidup.....	20
2. Domain Kualitas Hidup.....	24
C. Asuhan Keperawatan Pasien dengan Stroke Iskemik	25

1. Pengkajian	25
2. Diagnosa Keperawatan	28
3. Intervensi Keperawatan	29
4. Kriteria Evaluasi	30
D. Kerangka Teori	33
BAB III : METODA PENELITIAN	
A. rancangan Penelitian	34
B. Partisipan	36
C. Tempat dan Waktu Penelitian	38
D. Etika Penelitian	38
E. Alat pengumpulan Data	39
F. Keabsahan Data	42
G. Prosedur Pengumpulan Data	45
H. Proses Analisis Data	48
BAB IV : HASIL PENELITIAN	
A. Gambaran Karakteristik Partisipan	50
B. Analisis Tematik	51
1. Menjadi terbatas dalam kehidupan sehari-hari	51
2. Merasakan penderitaan karena keterbatasan dan kehilangan ..	55
3. Berbagai respon psikologis terhadap kehilangan dan kontak social setelah menderita stroke	59
4. Setiap pasien stroke membutuhkan pelayanan kesehatan yang professional	63
BAB: V PEMBAHASAN	
A. Intepretasi hasil penelitian	68
1. Menjadi terbatas dalam kehidupan sehari-hari	69
2. Munculnya penderitaan ditengah keterbatasan dan kehilangan	72
3. Berbagai respon psikologis terhadap kehilangan dan kontak	

social setelah menderita stroke	75
4. Setiap pasien stroke membutuhkan pelayanan kesehatan yang professional	79
B. Keterbatasan Penelitian	82
C. Implikasi dalam keperawatan.....	83
1. Bagi praktek keperawatan.....	83
2. Bagi Pendidikan Keperawatan	84
3. Bagi Penelitian	84
BAB : VI SIMPULAN DAN SARAN	
A. SIMPULAN	85
B. SARAN	86
1. Bagi pelayanan keperawatan medical bedah	86
2. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan	87
3. Bagi Peneliti Selanjutnya	87
DAFTAR PUSTAKA	89
Lampiran	

DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 1. Kerangka Teori Kualitas Hidup Pasien Stroke	33



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat Pengantar Partisipan
- Lampiran 2. Lembar Persetujuan menjadi Partisipan
- Lampiran 3. Panduan Wawancara
- Lampiran 4 . Daftar Riwayat Hidup peneliti



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan sindrom klinis dengan gejala gangguan fungsi otak secara lokal atau global, yang dapat menimbulkan kelainan yang menetap lebih dari 24 jam atau kematian tanpa penyebab lain kecuali gangguan vaskuler (WHO, 1982, dalam Ahmad, 2000). (Hickey, 1997) menyatakan bahwa stroke adalah *syndrome* neurologis dengan karakteristik defisit neurologis tanpa adanya kejang akibat kelainan peredaran darah serebral dan berlangsung selama 24 jam atau lebih.

Stroke dibagi dalam dua kelompok utama yaitu stroke iskemik dan hemoragik. Stroke iskemik diantaranya stroke trombolik dan embolik. Diperkirakan stroke iskemik terjadi 85% dari jumlah stroke yang ada. Faktor risiko stroke iskemik yaitu penyakit aterosklerosis (20%), penyakit arteri kecil (25%), emboli kardiogenik (20%), kriptogenik (30%) dan lainnya (5%). Stroke hemoragik dibagi menjadi dua kategori berdasarkan mekanisme terjadinya perdarahan yaitu stroke hemoragik intraserebral dan stroke hemoragik subaraknoid (Hickey, 1997).

Kejadian stroke pada populasi kulit putih dengan rerata 100 sampai 200 per 100.000, meningkat 300 sampai 500 per 100.000 penduduk pada kelompok umur 45 sampai 84 tahun (Fisher & Bogousslavsky, 1999). Studi yang dilakukan oleh WHO pada 10 negara di dunia, ditemukan bahwa terjadi peningkatan secara bermakna angka kematian akibat stroke (Fisher & Bogousslavsky, 1999). Di Amerika Serikat, stroke merupakan penyebab kematian ketiga setelah jantung koroner dan kanker. Diperkirakan bahwa 550.000 orang penduduk Amerika Serikat meninggal setiap tahunnya akibat stroke (Black & Hawks 2005).

Stroke di Indonesia merupakan penyakit nomor tiga yang mematikan setelah jantung dan kanker. Menurut survei tahun 2004, stroke merupakan pembunuh nomor satu di Rumah Sakit Pemerintah di seluruh penjuru Indonesia. Diperkirakan ada 500.000 penduduk yang terkena stroke. (Misbach & Kalim, 2006)

Tingginya angka kematian dan kecacatan yang disebabkan oleh stroke berkaitan dengan proses patofisiologi yang terjadi dalam jaringan serebral. Penurunan aliran darah ke serebral/*cerebral blood flow (CBF)* dapat mempengaruhi hemodinamik serebral. Hemodinamik serebral dipengaruhi oleh pembuluh darah serebral dan *CBF*. Tubuh dalam keadaan normal, secara kontinyu mempertahankan *CBF* sebesar 20% *cardiac output (CO)*. *CBF* normal berkisar antara 50 sampai 55 ml per 100 g per menit (Castro, Marchut, Neafsey & Wurster, 2002).

Perubahan aliran darah otak menyebabkan terjadinya gangguan pada sistem saraf pusat dan saraf kranialis. Gangguan tersebut dapat menyebabkan terjadinya kecacatan permanen pada alat gerak berupa kelumpuhan. Perubahan fisik seperti yang sering dialami pasien adalah kelumpuhan sebagian alat gerak, kehilangan kemampuan menelan, gangguan kognitif, dan gangguan psikologis (Black & Hawks 2005). Hal ini akan berdampak pada kemampuan pasien dalam melakukan kegiatan sehari-hari seperti makan, berpakaian dan kebersihan diri dan lainnya. Ketidakmampuan ini dapat dialami oleh pasien paska serangan stroke mulai tiga bulan sampai satu tahun atau lebih.

Kondisi tersebut akan mempengaruhi psikologis pasien stroke. Psikologis pasien stroke bervariasi sesuai dengan penerimaan dan pemahaman pasien terhadap dirinya. Salah satu kondisi psikologis yang terpengaruh berkaitan dengan status fisik pasien setelah serangan stroke adalah kualitas hidup (Hickey, 1997). Kualitas hidup merupakan pernyataan yang abstrak dan konsep multidimensi. Kualitas hidup merupakan terbebas dari nyeri, mampu untuk melakukan aktivitas sehari-hari dan berjuang untuk hidup (Wig et al, 2006)

Kualitas hidup meliputi berbagai aspek kehidupan yang dikelompokkan menjadi tujuh kategori yang berkaitan dengan gejala fisik. Gejala fisik tersebut diantaranya nyeri, kemampuan fungsional seperti aktivitas, kesejahteraan keluarga, kesejahteraan emosi, kepuasan terapi, masalah

finansial, seksualitas dan lainnya (Cella, 1998). Kualitas hidup merupakan salah satu indikator keluaran keberhasilan perawatan pasien stroke. Ahlsio, et al (2008) menemukan bahwa kecacatan paska serangan stroke mempengaruhi kualitas hidup pasien.

Patel, dkk. (2007) menemukan bahwa kualitas hidup pasien stroke dipengaruhi oleh status klinis pasien setelah menderita stroke. Status klinis tersebut diantaranya gangguan kognitif, inkontinensia urin dan lesi pada hemisfer. Hackett, et al, (2007) menemukan bahwa kualitas hidup pasien paska serangan stroke dipengaruhi oleh kondisi fungsional, seksualitas dan sosialisasi dengan lingkungan serta keluarga.

Niemi, dkk. (1988) menemukan bahwa lesi hemisfer lokal, paresis dan gangguan koordinasi memiliki hubungan yang tinggi terhadap menurunnya kualitas hidup pasien stroke setelah 4 tahun serangan. Penelitian yang dilakukan oleh Hampton dan Qin-Hilliard (2004) menemukan bahwa dimensi kualitas hidup pada pasien injuri tulang belakang berhubungan dengan dukungan positif dari keluarga besar, tetangga, dukungan pemerintah dan hidup damai.

Penelitian yang dilakukan pada kasus lain terkait dengan kualitas hidup tidak jauh berbeda dengan kualitas hidup pada pasien paska serangan stroke. David Osoba (2004) mengemukakan bahwa kualitas hidup pada pasien

onkologi dipengaruhi oleh proses penyakitnya, operasi, kemoterapi, efek samping obat yang toksik, dan nyeri yang berkepanjangan.

Edward dan Melzer (2007) menemukan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara kualitas hidup pasien yang mengalami komplikasi diabetes dengan yang tidak ada komplikasi. Perawatan pasien yang komprehensif berdampak pula pada peningkatan kualitas hidup pasien diabetes.

Penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Lynch, et al (2008) menemukan dua tema utama yaitu hubungan sosial dan tingkat individu. Tema hubungan sosial diantaranya dukungan sosial, komunikasi, perubahan peran dan kemandirian pasien. Tema tingkat individu meliputi strategi koping dan status fungsional fisik.

Corring, et al (2007) meneliti tentang kualitas hidup pasien yang dirawat di rumah sakit. Dalam penelitian ini ditemukan dua tema utama yaitu keberadaan stigma dan ketakutan akan kekambuhan dari penyakitnya. Ditemukan pula 4 domain kualitas hidup pasien yang dirawat di rumah sakit yaitu pengalaman menderita penyakit, hubungan, pekerjaan dan pemahaman akan diri sendiri. Dari berbagai penelitian diatas ditemukan berbagai dimensi dan tema kualitas hidup sesuai dengan jenis penyakit, lingkungan dan pengalaman individu.

Perawat mempunyai peran yang besar dalam perawatan pasien paska serangan stroke. Agar pasien dapat beradaptasi dengan keterbatasannya, maka perlu diberikan asuhan keperawatan yang holistik (biologis, psikologis, sosial dan spiritual), sehingga kualitas hidup pasien dapat ditingkatkan. Asuhan keperawatan pada pasien paska serangan stroke lebih banyak difokuskan pada masalah psikososial pasien dan kaitannya dengan kualitas hidupnya. Masalah keperawatan tersebut diantaranya gangguan citra diri, ketidakberdayaan, gangguan peran dan gangguan identitas personal (Hickey, 1997). Intervensi keperawatan pada pasien paska serangan stroke difokuskan pada proses adaptasi pasien terhadap perubahan penampilan diri, keterbatasan gerak, kognitif, komunikasi dan perubahan peran dirinya. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan pemahaman dan penerimaan diri pasien terhadap keterbatasannya.

Kualitas hidup dan kondisi psikologis pasien paska serangan stroke sangat mempengaruhi keberhasilan dari program rehabilitasi paska stroke. Pemahaman dan pengkajian kualitas hidup dapat menentukan perencanaan dan program antisipasi sehingga proses rehabilitasi paska stroke berhasil dengan baik (Hickey, 1997).

Forsberg dan Blomstrand (2004) menemukan bahwa pasien paska stroke yang diberikan intervensi keperawatan untuk meningkatkan kesejahteraan psikologis, memiliki kualitas hidup yang lebih baik dari pada yang tanpa

intervensi. Ditemukan pula bahwa mekanisme coping pasien tersebut meningkat, sehingga masalah psikologis juga menurun.

Semua hasil penelitian di atas menunjukkan bahwa kualitas hidup pasien paska serangan stroke sangat beragam dengan beberapa domainnya. Kualitas hidup pasien paska serangan stroke sangat penting untuk digali sehingga dapat menentukan program antisipasi dan meningkatkan hasil rehabilitasi pasien paska serangan stroke. Penelitian kualitas hidup pada pasien stroke di Indonesia sejauh ini belum banyak yang melakukan. Untuk itu penelitian ini akan mempelajari secara mendalam tentang berbagai persepsi pasien paska serangan stroke terhadap kualitas hidup.

B. Rumusan Masalah

Stroke dapat mempengaruhi semua aspek kehidupan pasien baik fisik, psikologis, sosial maupun spiritual. Semua faktor tersebut mempengaruhi kualitas hidup pasien paska serangan stroke. Keterbatasan gerak, gangguan kognitif, komunikasi berhubungan erat dengan kualitas hidup pasien.

Kualitas hidup merupakan fenomena yang penting karena beberapa alasan diantaranya kualitas hidup merupakan persepsi subjektif dan sulit untuk dikuantifikasi. Persepsi tentang kualitas hidup sangat beragam dan berhubungan dengan kapasitas pasien itu sendiri. Pemahaman tentang kualitas hidup juga bervariasi dari masing-masing pasien. Banyak faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien khususnya pasien paska serangan

stroke. Hal ini menjadi sangat penting untuk digali pada pasien paska serangan stroke, sehingga dapat memberikan gambaran tentang kualitas hidup pasien, terutama kualitas hidup pasien-pasien stroke di Indonesia yang sampai saat ini belum banyak penelitian yang mengungkap kualitas hidup pasien-pasien tersebut dari cerita langsung para penderita stroke. Kualitas hidup pasien paska stroke akan mempengaruhi kepatuhan dan keefektifan program terapi yang akan dijalani. Berdasarkan permasalahan tersebut, pertanyaan penelitian ini dirumuskan sebagai berikut; (1) bagaimana persepsi pasien paska serangan stroke terhadap kualitas hidupnya; (2) bagaimana harapan pasien terhadap kualitas hidupnya; dan (3) bagaimana harapan pasien paska serangan stroke terhadap pelayanan keperawatan yang berkaitan dengan kualitas hidup.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi berbagai pengalaman pasien paska serangan stroke tentang perubahan kualitas hidupnya

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui persepsi pasien paska serangan stroke tentang kapasitas dirinya (*being*) terkait dengan kualitas hidup
- b. Diketahui persepsi pasien paska serangan stroke terhadap hubungan sosialnya dengan orang lain (*belonging*) terkait dengan kualitas hidup

- c. Diketahui persepsi pasien paska serangan stroke tentang perubahan makna hidup setelah mengalami stroke.
- d. Diketahui harapan pasien paska serangan stroke terhadap asuhan keperawatan yang diberikan berkaitan dengan kualitas hidup.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi pelayanan keperawatan Medikal Bedah

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan masukan dalam rangka meningkatkan profesionalisme keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien stroke, melalui pengembangan bentuk intervensi yang sesuai dengan kebutuhan individu, keluarga dan masyarakat, termasuk pengembangan program bimbingan antisipasi dan pemberdayaan pasien.

2. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan pengembangan ilmu pengetahuan khususnya bidang keperawatan medikal bedah mengenai konsep terapi dan model asuhan keperawatan pasien stroke dalam kaitannya dengan kualitas hidupnya.

3. Bagi Penelitian selanjutnya.

Hasil penelitian ini dapat dijadikan data dasar untuk penelitian selanjutnya, terutama untuk membuat atau mengembangkan instrumen penelitian untuk menilai kualitas hidup pasien paska serangan stroke.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pasien Paska serangan Stroke

1. Pengertian stroke

Black dan Hawks (2005) mengatakan bahwa stroke adalah perubahan neurologis yang diakibatkan oleh interupsi aliran darah menuju ke bagian-bagian otak tertentu. Stroke adalah gangguan aliran darah ke otak secara tiba-tiba atau mendadak (Stroke Center, 2007). Menurut Smeltzer & Bare (2008) stroke atau cedera serebrovaskuler (CVA) adalah ketidaknormalan fungsi sistem saraf pusat (SSP) yang disebabkan oleh gangguan aliran darah serebral. Stroke adalah defisit neurologi yang mempunyai awitan mendadak dan berlangsung dalam waktu 24 jam sebagai akibat dari *cerebravaskuler disease* (CVD) (Hudak, 1996). Dari semua definisi diatas secara singkat dapat disimpulkan bahwa stroke adalah terjadi berbagai perubahan pada beberapa fungsi neurologis yang dapat ringan sampai berat yang diakibatkan oleh gangguan pembuluh darah otak. Gangguan diluar penyebab ini tidak dapat diklasifikasikan sebagai stroke.

2. Klasifikasi

Stroke dapat diklasifikasikan menurut etiologi dan perjalanan penyakitnya

a. Klasifikasi stroke menurut etiologinya

- 1) *Stroke non hemoragik* adalah stroke yang menimbulkan jaringan otak mengalami iskemik dan berlanjut pada nekrosis. Terjadi karena adanya proses trombosis, emboli dan spasme pembuluh darah otak.
- 2) *Stroke Hemoragik* adalah stroke yang menimbulkan perdarahan pada intrakranial seperti intraserebral hemoragik, *epidural hematoma*, *subdural hematoma*, *subarachnoid hematoma* yang mana disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak baik karena hipertensi yang berlebihan ataupun pecahnya *aneurisma* serebral.

b. Klasifikasi stroke menurut perjalanan penyakitnya

Stroke diklasifikasikan juga sesuai dengan perjalanan penyakitnya. Perjalanan tersebut dapat dilihat dari kronologis kejadian awal mulainya serangan stroke. Menurut perjalanan penyakitnya, maka stroke dapat diklasifikasikan menjadi :

- 1) *Transient Ischemic Attacks (TIA)*

TIA merupakan gangguan neurologis fokal yang timbul secara tiba-tiba dan pulih kembali dalam beberapa detik sampai beberapa jam, paling lama 24 jam. Tanda dan gejala dari kelompok ini adalah gangguan neurologis lokal, terjadi selama beberapa detik sampai beberapa jam dan gejala hilang sempurna kurang dari 24 jam.

2) *Reversible Ischemic Neurologic Deficit (RIND)*

RIND mirip dengan TIA's tetapi kejadiannya lebih lama dari pada TIA's dimana gejala hilang lebih dari 24 jam tetapi tidak lebih dari satu minggu

3) *Stroke Progresif (Stroke in evolution)*

Stroke in evolution merupakan perkembangan stroke kearah yang lebih berat yang terjadi secara perlahan yang dapat menyebabkan kelainan neurologis menetap (permanen) dengan karakteristik seperti; selain gejala TIA's diatas gejala yang paling menonjol adalah munculnya tanda dan gejala makin lama makin bertambah buruk yang dapat terjadi dalam beberapa jam sampai beberapa hari.

4) *Stroke komplet (Stroke complete)*

Stroke komplet atau stroke lengkap adalah stroke yang menunjukkan gangguan neurologis yang permanen sejak awal serangan dan sedikit sekali memperlihatkan perbaikan. Karakteristik utama yang menjadi kriteria kelompok ini adalah berawal dari serangan TIA yang berulang diikuti oleh *stroke in evolution*. Kelainan neurologi yang terjadi bersifat menetap. Perbaikan gangguan neurologis terjadi sedikit dan akan banyak menimbulkan gejala sisa. Selanjutnya, mungkin akan menetap sampai beberapa bulan atau bahkan beberapa tahun.

3. Penyebab dan faktor risiko

Hudak, dkk. (1996) menyatakan bahwa stroke biasanya terjadi disebabkan oleh salah satu dari empat kejadian di bawah, yaitu:

- a. Trombosis yaitu bekuan darah di dalam pembuluh darah otak atau leher, yang kemudian menyumbat aliran darah otak. Trombosis bersama dengan emboli hampir menjadi penyebab sekitar tigaperempat dari semua kasus stroke.
- b. Emboli serebral yaitu bekuan darah atau lainnya seperti lemak yang mengalir melalui pembuluh darah dibawa ke otak, dan menyumbat aliran darah bagian otak tertentu.
- c. Spasme pembuluh darah cerebral yaitu terjadi penurunan aliran darah ke area otak tertentu yang bersifat sementara. Biasanya sebagai akibat dari spasme pembuluh darah otak tertentu.
- d. Hemoragik serebral atau perdarahan serebral yang terjadi dalam ruang otak yaitu pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak sehingga menimbulkan stroke hemoragik. Stroke jenis ini terjadi sekitar satu pertiga dari seluruh kejadian stroke dan prosentasi penyebab kematian lebih besar dari stroke iskemik atau stroke non hemoragik

Faktor risiko terjadinya stroke terbagi atas dua yaitu faktor risiko yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi diantaranya adalah gaya hidup. Beberapa penyakit yang diakibatkan oleh perubahan gaya hidup dan dapat menyebabkan terjadinya

stroke yaitu hipertensi, diabetes militus, gangguan jantung (miokardium infark) dan hiperlepidemia. Hipertensi merupakan faktor risiko tertinggi untuk terjadinya stroke.

Autoregulasi serebral tidak efektif bila tekanan darah sistemik di bawah 50 mmHg dan di atas 160 mmHg (LeMone & Burke, 2008). Pengontrolan tekanan darah yang adekuat dapat menurunkan serangan stroke sebesar 38% (Biller & Love, 2000, dalam Black & Hawks, 2005). Diabetes mellitus (DM) merupakan faktor risiko yang dapat meningkatkan kejadian stroke dan kematian setelah serangan stroke (Ignatavius & Workman, 2006).

Faktor risiko stroke lainnya yang dapat dimodifikasi yaitu hiperlipidemia, merokok, pemakai alkohol, pemakai kokain dan kegemukan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa peminum alkohol berat dapat meningkatkan kejadian stroke, tetapi peminum alkohol ringan dan sedang dapat mencegah stroke yang berulang (Reynolds, 2003, dalam Black & Hawks, 2005).

Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi diantaranya ; usia, jenis kelamin, ras (*American Heart Association*, 2000, dalam Smeltzer & Bare, 2008). Lebih lanjut dikatakan bahwa risiko tinggi terjadinya stroke pada kelompok usia 55 tahun. Laki-laki lebih tinggi risiko mendapat serangan stroke dari pada wanita.

4. Patofisiologi

Trombus dan embolus pada pembuluh darah otak mengakibatkan aliran darah ke otak berkurang atau terhenti sama sekali ke daerah distal otak yang mengalami thrombus dan emboli sehingga otak kekurangan sumber kalori berupa glukosa dan mineral lain serta oksigen. Iskemia terjadi ketika aliran darah menurun kurang dari 25 ml per 100 g/menit. Akibatnya neuron tidak bisa mempertahankan metabolisme (respirasi) aerobnya. Mitokondria berubah menjadi respirasi anaerob sehingga menghasilkan asam laktat dan perubahan pH. Perubahan bentuk metabolisme ini juga mengakibatkan penurunan jumlah neuron dalam memproduksi *adenosin triphosphate* (ATP) yang akan dijadikan sumber energi dalam aktivitas sel neuron berupa proses depolarisasi.

Penurunan aliran darah serebral menyebabkan terjadinya daerah penumbra dan berkembang menjadi daerah infark. Daerah penumbra yaitu daerah otak yang iskemik dan terdapat pada daerah sekitar yang mengelilingi daerah infark. Daerah ini dapat segera mengalami infark jika tidak dilakukan tindakan penyelamatan. Daerah ini dapat diselamatkan dengan meningkatkan aliran darah serebral menuju ke daerah tersebut dalam waktu yang cepat. Jika hal ini berlanjut akan mengakibatkan bertambahnya kerusakan pada selaput sel. Akibat yang timbul adalah kalsium dan glutamat banyak terbuang, terjadi vasokonstriksi dan menghasilkan radikal bebas. Proses ini memperbesar area infark pada penumbra dan memperberat gangguan neurologis terutama stroke

iskemik. Area infark dan penumbra ini akan menimbulkan bertambah luasnya edema otak disekitar penumbra dan infark sebagai akibat tekanan dan iskemia sehingga menyebabkan gangguan sistem saraf yang lebih luas yang bersifat sementara. Area edema ini akan berkurang dalam waktu beberapa jam atau beberapa hari sehingga gangguan saraf secara perlahan dapat kembali normal sesuai dengan perkembangan proses yang terjadi.

Proses evolusi dari jaringan iskemik kearah infark ini cukup cepat. Iskemik selama 8 sampai 12 jam menimbulkan keadaan dimana neuron mengecil, sitoplasma, nukleus rusak & sel mati (Dutka, 1991 dalam Hickey, 1997). *Cerebral Blood Flow* (CBF) sebesar 18 ml per 100 gram per menit selama 4 jam akan menimbulkan infark. CBF sebesar 15 ml per 100 gram per menit, akan menimbulkan infark dalam 3,5 jam, CBF 10 ml per 100 gram per menit akan menjadikan proses infark dalam 3 jam dan CBF 5 ml per 100 gram per menit menimbulkan infark dalam 30 menit (Nortje & Menon, 2004)

Stroke hemoragik terjadi sesuai dengan penyebab perdarahan otak dan lokasi perdarahannya. Perdarahan *subaraknoid* dapat terjadi sebagai akibat trauma atau hipertensi, tetapi penyebab paling utama adalah kebocoran aneurisma pada area sirkulus willis dan kelainan bentuk arteri-vena (AVM). Perdarahan tersebut dapat menyebabkan meningkatnya tekanan dalam otak yang menimbulkan terjadinya proses menekan dan merusak jaringan otak sekitarnya. Daerah yang tertekan tersebut

selanjutnya akan mengalami edema sekunder akibat iskemia dan menambah tekanan intrakranial semakin berat. Perdarahan *subarakhnoid* juga disebabkan oleh efek sekunder iskemia pada otak akibat terjadinya penurunan tekanan perfusi dan vasospasme.

Perdarahan intraserebral paling sering terjadi pada pasien stroke dengan hipertensi dan aterosklerosis. Perdarahan intraserebral juga bisa disebabkan oleh tumor otak dan penggunaan obat-obatan seperti obat oral antikoagulan dan amphetamine. Perdarahan biasanya terjadi pada daerah seperti lobus otak, basal ganglia, thalamus, pons dan serebellum. Perdarahan dapat juga terjadi pada intraventrikular (Black & Hawks, 2005).

Kerusakan sel otak menyebabkan terjadinya defisit neurologis. Defisit neurologis berkaitan erat dengan daerah serebral yang terkena (infark). Defisit neurologis biasanya terjadi pada sisi yang berlawanan dengan daerah infark. Hal ini terjadi karena adanya penyilangan jalur motor neuron. Penyilangan terjadi pada diskus piramidalis (*decussation of pyramids*).

5. Tanda dan gejala

Manifestasi stroke sangat beragam, tergantung dari arteri serebral yang terkena dan luasnya kerusakan jaringan serebral. Manifestasi klinik yang sering terjadi diantaranya adalah kelemahan pada alat gerak, penurunan

kesadaran, gangguan penglihatan, gangguan komunikasi, sakit kepala dan gangguan keseimbangan. Tanda dan gejala ini biasanya terjadi secara mendadak, fokal dan mengenai satu sisi (LeMone & Burke, 2008).

Geoffrey, et al (2008) menemukan bahwa sebagian besar pasien paska serangan stroke memiliki keterbatasan gerak, gangguan penglihatan, gangguan bicara dan gangguan kognitif. Selain aspek fisik ditemukan pula bahwa pasien paska serangan stroke mengalami gangguan psikologis seperti depresi, cemas, ketakutan dan menarik diri dari kehidupan sosial.

Menurut Hickey (1997) tanda dan gejala stroke iskemik dihubungkan dengan bagian arteri yang terkena sebagai berikut :

a. Arteri karotis interna

Lokasi lesi yang paling sering biasanya pada bifurkasio arteri karotis komunis yang bercabang menjadi arteri karotis interna dan karotis eksterna. Dapat timbul berbagai sindroma dan polanya tergantung dari jumlah sirkulasi kolateral yang terbentuk. Gejala yang sering tampak adalah (1). Paralisis pada wajah, tangan dan kaki bagian sisi yang berlawanan; (2). Gangguan sensori pada wajah, tangan dan kaki bagian yang berlawanan dan (3) Afasia jika yang terkena adalah daerah hemisfer dominan (hemisfer kiri) khususnya area Broca's atau Werhnic's atau ke dua-duanya.

b. Arteri serebri anterior

Arteri ini paling jarang terkena dan bila terkena akan menimbulkan gejala sebagai berikut ; (1) Paralisis pada kaki sisi yang berlawanan; (2) Gangguan keseimbangan; (3) Gangguan sensori pada kaki dan jari daerah berlawanan daerah terkena (4) Gangguan kognitif; dan (5) Inkontinensia urin.

c. Arteri serebri posterior

Gejala yang sering muncul pada kelompok ini khususnya dalam lobus otak tengah atau talamus adalah; (1) Gangguan kesadaran sampai koma; (2) Kerusakan memori; dan (3) Gangguan pengelihatian

d. Arteri Serebri media.

Gejala dominan yang ditunjukkan bila terkena pada daerah ini adalah (1) Hemiplegia kontralateral pada kedua ekstremitas ; (2) Kadang-kadang hemianopia kontralateral (kebutaan) dan (3) Afasia global (kalau hemisfier dominan yang terkena) yaitu gangguan semua fungsi yang ada hubungannya dengan percakapan dan komunikasi.

B. Kualitas Hidup Pasien Paska serangan Stroke

Kualitas hidup merupakan terbebas dari nyeri, mampu untuk melakukan aktivitas sehari-hari dan berjuang untuk hidup (Wig, 2006) Kualitas hidup merupakan pengalaman subyektif dari seseorang yang meliputi kapasitas kemandirian, kenyamanan dan kepuasan hidup (Rosenbaum, 1998). *The Centre for Health Promotion* (2007) mendefinisikan kualitas

hidup sebagai tingkat kesenangan dan ketidak senangan seseorang terhadap hal-hal penting dalam hidupnya. Hal tersebut meliputi kelebihan dan keterbatasan seseorang dalam hidupnya dan refleksi interaksi personal dengan lingkungannya. Kesenangan meliputi 2 komponen yaitu pengalaman yang menyenangkan dan sikap serta karakteristik orang tersebut terhadap kesenangannya. Lebih lanjut *The Centre for Health Promotion*, mengemukakan ada 3 domain dari kualitas hidup yaitu personal (*being*), kepemilikan (*belonging*) dan tujuan hidup (*becoming*). Hal yang sama dilaporkan oleh Hampton dan Qin-Hilliard (2004) yang menemukan bahwa dimensi kualitas hidup pada pasien injuri pada tulang belakang adalah meliputi masalah hubungan dengan keluarga besar, tetangga, dukungan pemerintah dan hidup damai.

Berdasarkan pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup merupakan sebuah fenomena yang abstrak dan merupakan pengalaman individu yang sangat subjektif. Setiap orang mempersepsikan dan mengekspresikan pengalaman hidupnya sesuai dengan tingkat kehidupan dan kapasitas individu tersebut. Kualitas hidup seseorang juga akan terekspresi sesuai dengan kapasitas dari orang tersebut. Orang dengan kesenangan dan pencapaian hidup yang lebih baik sesuai dengan setting yang mereka buat akan menyatakan kualitas hidupnya baik sementara orang dengan kualitas hidup kurang baik bilamana apa yang mereka telah tentukan dalam hidupnya tidak tercapai atau kurang dapat memenuhi keinginan subyektifnya.

1. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup

Kualitas hidup merupakan pengalaman subjektif akan dipengaruhi oleh kemampuan individu dalam memahami hidupnya. Banyak faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien paska serangan stroke. Faktor fisik, dan fungsional sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien stroke. Ahlsio, et al (2008) menemukan bahwa pada pasien paska serangan stroke dengan keterbatasan gerak mempunyai kualitas hidup lebih rendah dari pada tanpa keterbatasan gerak. Ditemukan pula bahwa pasien dengan keterbatasan fisik paska serangan stroke mengalami gangguan psikologis diantaranya depresi dan stres.

Marcel, dkk (2008) menemukan bahwa masalah psikologis sangat mempengaruhi kualitas hidup pasien paska serangan stroke. Masalah psikologis yang dirasakan oleh kebanyakan pasien paska serangan stroke adalah depresi, kecemasan dan kelelahan psikologis atau ketidakberdayaan. Dalam hal ini ditemukan pula bahwa ada perbedaan kualitas hidup pasien laki-laki dengan wanita.

Persepsi tentang kualitas hidup dan kondisi psikologis pasien paska serangan stroke sangat mempengaruhi keberhasilan dari program rehabilitasi paska stroke. Pemahaman dan pengkajian kualitas hidup diharapkan dapat menentukan perencanaan dan program antisipasi sehingga proses rehabilitasi paska stroke dapat berhasil dengan baik (Hickey,1997).

Forsberg dan Blomstrand (2004) menemukan bahwa pasien paska serangan stroke yang diberikan intervensi keperawatan untuk meningkatkan kesejahteraan psikologis, memiliki kualitas hidup yang lebih baik dari pada yang tanpa intervensi keperawatan. Ditemukan pula bahwa mekanisme coping pasien yang diberi intervensi keperawatan tersebut meningkat, sehingga masalah psikologis juga menurun.

Bays dan Cathy (2001), menemukan bahwa kualitas hidup pasien paska serangan stroke dipengaruhi oleh kerusakan psikologis, parahnya kerusakan fisik, tingkat keparahan afasia yang dialami pasien, reaksi yang tidak adekuat terhadap penyakitnya, pesimis dan ketidakmampuan untuk kembali bekerja. Dua puluh persen sampai tujuh puluh persen dari kualitas hidup pasien dipengaruhi oleh adanya depresi (gangguan psikologis), kemampuan fungsional dan hubungan sosial dengan sekitarnya.

Ayatollahi, dkk (2007) menemukan bahwa depresi dan keterbatasan fisik pada pasien paska multipel sklerosis berhubungan erat dengan kualitas hidup pasien tersebut. Ditemukan pula bahwa pasien dengan multiple sklerosis akan mengalami depresi akibat kecacatan yang dialaminya. Kualitas hidup pada pasien lain selain paska serangan stroke seperti pasien onkologi, diabetes dan HIV-Aids tidak jauh berbeda walau ada sedikit perbedaan-perbedaan sebagai akibat dari perlakuan atau terapi yang diterimanya. David Osoba (2004) mengemukakan bahwa kualitas hidup pada pasien onkologi dipengaruhi oleh proses penyakitnya, operasi,

kemoterapi, efek samping obat yang toksik, dan nyeri yang berkepanjangan.

Edward dan Melzer (2007) menemukan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara kualitas hidup pasien yang mengalami komplikasi diabetes dengan yang tidak ada komplikasi. Perawatan pasien yang komprehensif berdampak pada peningkatan kualitas hidup pasien diabetes.

Penelitian Wig, et al (2006) melakukan studi *cross sectional* pada 64 orang dengan HIV- Aids (ODHA) di India. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa kualitas hidup ODHA dipengaruhi oleh pendidikan, pendapatan, pekerjaan, dukungan keluarga dan status kesehatan ODHA. Dukungan keluarga dan pekerjaan pasien memberikan pengaruh positif terhadap kualitas hidup ODHA. Pasien dengan tingkat pendidikan yang tinggi memiliki kemampuan psikologis yang lebih baik untuk mengatasi penyakitnya.

Nthabiseng, dkk. (2005) melakukan sebuah penelitian *cross sectional* pada 743 pasien ODHA di Afrika. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kualitas hidup ODHA dengan kemampuan fungsional, pengontrolan gejala dan persepsi terhadap hidupnya. Pasien dengan tanda dan gejala yang ringan, memiliki kemampuan fungsional yang lebih baik dan kecemasan yang ringan

Dari hasil penelitian tersebut di atas dapat disimpulkan bahwa banyak faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien. Faktor tersebut dapat dibagi menjadi dua yaitu faktor intrinsik dan ekstrinsik. Faktor intrinsik meliputi kapasitas pasien itu sendiri. Kapasitas pasien berkaitan dengan nilai, keyakinan, motivasi, tingkat pendidikan, status ekonomi dan lainnya. Faktor ekstrinsik meliputi proses penyakit, komplikasi atau infeksi oportunistik yang dialami, gejala sisa yang diakibatkan penyakit tersebut, seperti kehilangan kemampuan fungsional, kehilangan pekerjaan, stigma dan diskriminasi dari masyarakat atau lingkungannya termasuk keluarga.

2. Domain kualitas hidup

Domain kualitas hidup sangat luas dan sangat abstrak. *The Centre for Health Promotion* (2007) mengemukakan bahwa kerangka kerja konseptual dari kualitas hidup terdiri dari 3 domain yaitu :

- a. *Being* yaitu berkaitan dengan kapasitas diri. *Being* terdiri dari tiga subdomain yaitu *physical being* termasuk didalamnya adalah kesehatan, personal hygiene, nutrisi, aktifitas, berpakaian dan penampilan diri secara keseluruhan. *Psychological being* yaitu kesehatan psikologis, kognitif, perasaan, konsep diri dan kontrol diri. *Spiritual being* yaitu nilai personal, standar personal, dan kepercayaan.
- b. *Belonging* yaitu kepemilikan dan hubungan dengan orang lain termasuk lingkungan. *Belonging* terdiri dari 3 subdomain yaitu

physical belonging diantaranya kepemilikan rumah, pekerjaan atau sekolah, tetangga dan komunitas. *Social belonging* yaitu keintiman hubungan dengan orang lain, keluarga, teman dan rekan kerja. *Community belonging* meliputi pendapatan, pelayanan sosial dan kesehatan, program pendidikan, program rekreasi dan aktifitas sosial.

- c. *Becoming* yaitu berkaitan dengan tujuan hidup, harapan dan aspirasi. *Becoming* meliputi 3 subdomain yaitu *practical becoming* diantaranya aktifitas domestik, aktifitas sekolah dan sosial, pencarian bantuan kesehatan dan kebutuhan sosial. *Leisure becoming* yaitu aktifitas untuk meningkatkan relaksasi dan menurunkan stres. *Growth becoming* yaitu aktifitas untuk meningkatkan dan mempertahankan pengetahuan dan keterampilan serta kemampuan beradaptasi terhadap perubahan

C. Asuhan Keperawatan Pasien Paska Serangan Stroke

Keperawatan merupakan komitmen moral yang inten dan karitas dengan penuh kesadaran dan pengabdian dari seorang perawat. Intinya proses pemberian asuhan keperawatan berpusat pada aspek subyektifitas dan spirit pasien yang bermakna dalam proses penyakit, terapi dan perubahan fisik akibat penyakitnya. Semua hal tersebut dilakukan dengan hubungan transpersonal antara perawat dengan pasien (Watson, 2006).

Asuhan keperawatan adalah berupa bantuan yang diberikan pada klien dari rentang sehat sampai menghadapi hajat bahkan proses berkabungnya. Pada

rentang sehat bantuan diberikan berupa promosi agar kesehatan klien dapat terjaga bahkan terus dapat dioptimalkan, sementara pada proses penyakit yang telah terjadi, bantuan diberikan dalam upaya untuk mempercepat proses penyembuhan, mencegah agar penyakit tidak tambah berkembang dan semakin buruk serta melakukan pencegahan akibat yang ditimbulkan oleh penyakit tersebut baik yang berupa akibat atau komplikasi fisik maupun psikologis. Apabila pasien telah sembuh dari penyakitnya, tujuan asuhan diarahkan pada optimalisasi kesehatan pasien terhadap kemampuannya untuk melakukan kegiatan sehari-hari termasuk untuk kembali bekerja dan berhubungan sosial

Adapun asuhan keperawatan pada pasien paska serangan stroke meliputi :

1. Pengkajian

Tahap ini dilakukan untuk menemukan semua data/informasi tentang pasien yang dibutuhkan, dikumpulkan dan dianalisis untuk menentukan masalah /diagnosa keperawatan (Craven & Hirnle, 2007). Menurut Bader dan Littlejohns (2004) data yang perlu dikaji adalah status fisik dan psikososial.

a. Status fisik

Asuhan keperawatan pasien paska serangan stroke difokuskan pada perubahan atau keterbatasan fisik yang dialami oleh pasien (Lewis, Heitkemper, & Dirksen, 2000). Pasien paska serangan stroke sering mengalami penurunan status fungsional yang berdampak pada status psikologisnya.

Manifestasi klinik yang sering terjadi yaitu kelemahan pada alat gerak, penurunan kesadaran, gangguan penglihatan, gangguan komunikasi, sakit kepala dan gangguan keseimbangan (LeMone & Burke, 2008). Kelemahan alat gerak yang terjadi dapat berupa hemiparese (penurunan kekuatan otot dengan nilai kekuatan 3-4) sampai *hemiplegic* (penurunan kekuatan 0-2). Hal ini terjadi akibat adanya lesi otak pada area motor kortek. Gangguan komunikasi dapat terjadi berupa afasia motorik dan sensorik atau dua-duanya (afasia global). Apasia sensorik terjadi akibat kerusakan pada daerah wernich's korteks serebral dimana ditunjukkan oleh tidak adanya kemampuan pasien untuk memahami ucapan atau bahasa yang disampaikan oleh lawan bicaranya. Apasia motorik sebagai akibat kerusakan pada area Broca's motor korteks cerebral yang ditunjukkan ketidakmampuan pasien untuk mengucapkan kata-kata karena pasien hilang kemampuannya untuk memformulasikan kata. Sementara apasia global terjadi gangguan kedua-duanya. Gangguan bahasa lainnya berupa disartria dimana pasien mengalami gangguan dalam membuat artikulasi bahasa. Ini disebabkan oleh gangguan pada kortikospinal dan beberapa saraf cranial yang bertanggungjawab terhadap artikulasi kata seperti saraf V, IX dan XII. Gangguan penglihatan terjadi akibat adanya lesi pada saraf kranialis II, III, IV dan VI. Saraf-saraf tersebut mensarafi bola mata yang mengatur visus, refleks pupil dan pergerakan bola mata. Gangguan lainnya berupa kehilangan memori

sehingga pasien tidak ingat lagi apa yang dapat lakukan mereka sebelumnya. Gangguan ini dapat bersifat sementara ataupun menetap. Kelemahan atau gangguan yang menetap atau permanen ini dapat disebut sebagai gejala sisa (Hickey, 1997). Gejala ini akan dirasakan oleh pasien paska serangan stroke seumur hidupnya. Hal ini tentu akan mempengaruhi psikologis pasien.

b. Status psikososial

Status psikososial yang perlu dikaji yaitu respon pasien terhadap perubahan status fisiknya dan kemampuan pasien dalam beradaptasi terhadap keterbatasannya. Hickey (1997) mengemukakan bahwa respon psikologis yang dialami pasien paska serangan stroke yaitu cemas, takut, depresi, frustrasi, marah, regresi dan lainnya.

Ignativicius dan Workman (2006), mengatakan bahwa pasien paska serangan stroke perlu dikaji tentang adanya emosi yang labil khususnya pada pasien yang terkena stroke pada bagian frontalnya. Pasien menunjukkan ketidakmampuan mengontrol emosinya. Pasien terkadang tertawa sendiri kemudian menangis tiba-tiba. Disamping hal tersebut dikaji pula respon psikologis terhadap perubahan status fisiknya.

Hickey (1997) mengemukakan bahwa pengkajian yang berkaitan dengan kualitas hidup pasien paska serangan stroke difokuskan pada data respon emosi dan psikososial. Pengkajian respon psikososial

pasien paska serangan stroke yaitu : (1) mengobservasi perilaku pasien saat sendiri dan selama berinteraksi dengan orang lain (keluarga, pasien lain dan temannya) ; (2) mencatat adanya ekspresi wajah dan gerakan tubuh, suara dan reaksi-reaksi tertentu pada pasien; (3) bertanya dengan pertanyaan terbuka, dan (4) mendengarkan apa yang disampaikan oleh pasien

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Carpenito (1997) diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menguraikan respon manusia (keadaan kesehatan atau pola interaksi yang berkesinambungan antara aktual dan potensial) dari individu atau kelompok di mana perawat dapat secara legal mengidentifikasi dan melakukan intervensi untuk memelihara kesehatan.

Menurut (Black & Hawks, 2005 Hickey, 1997; LeMone & Burke, 2008), diagnosa keperawatan yang berkaitan dengan status psikososial pada pasien paska serangan stroke yaitu :

- a. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan kecacatan fisik dan kognitif
- b. Penampilan peran yang tak efektif berhubungan dengan gangguan kesehatan.
- c. Gangguan identitas personal berhubungan dengan kelemahan fisik atau kecacatan
- d. Cemas berhubungan dengan penurunan status fungsional

3. Intervensi keperawatan

Diagnosa keperawatan yang berkaitan dengan status psikososial pada pasien paska serangan stroke yaitu gangguan citra tubuh berhubungan dengan kecacatan fisik dan kognitif serta penampilan peran yang tak efektif berhubungan dengan gangguan kesehatan. Menurut Dochterman, J.M., dan Bulechek, G.M., (2004), intervensi keperawatan untuk mengatasi diagnosa keperawatan di atas yaitu *anxiety reduction, body image enhancement, coping enhancement* dan *role enhancement*.

a) *Anxiety reduction*

Aktivitas keperawatannya diantaranya mendengarkan secara aktif; menganjurkan aktivitas yang bersifat tidak kompetitif; menciptakan rasa percaya diri pada pasien; menganjurkan atau memberikan kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya; membantu pasien mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan cemas, mengontrol stimulus cemas; menentukan dan membantu pasien dalam membuat keputusan.; mengajarkan pasien dalam menggunakan teknik relaksasi dan lainnya.

b). *Body image enhancement*

Aktivitas keperawatannya yang dapat dilakukan diantaranya ; menggunakan panduan antisipasi dalam memprediksi adanya gangguan citra tubuh; mendiskusikan dengan pasien tentang perubahan tubuhnya dan dampaknya pada psikologis pasien; memerhatikan

adanya perubahan citra tubuh berkaitan dengan keterbatasan fisik dan kognitif akibat serangan stroke; mengkaji tingkat keterbatasan fisik dan kognitif pasien paska serangan stroke; memonitor adanya pernyataan kritis mengenai kecacatannya seperti ketidakberdayaan dan keputusan.

c). Coping enhancement

Aktivitas keperawatan yang dilakukan diantaranya yaitu memberikan dukungan kepada pasien dan memfasilitasi dukungan keluarga dan orang-orang terdekatnya; memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengidentifikasi perubahan hidup yang dirasakan oleh pasien; menghargai kemampuan pasien dalam melakukan hubungan sosial dengan sekitarnya; dan memberikan dukungan dan kesempatan beraktifitas sosial yang sesuai dengan kondisi pasien.

d). Role enhancement

Aktivitas keperawatan yang dilakukan diantaranya adalah membantu pasien untuk mengidentifikasi perubahan peran yang terjadi akibat kecacatannya; membantu pasien dalam menentukan strategi dalam mengatasi perubahan perannya; melatih pasien sesuai dengan keterbatasannya sehingga dapat berperan secara optimal.

Perawatan berkaitan dengan kualitas hidup pasien paska serangan stroke adalah membangun dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Pendekatan yang dilakukan diantaranya melalui penerapan asuhan keperawatan dengan hubungan transpersonal (Watson, 1997). Watson

mengaplikasikan konsep caring pada pasien paska stroke. Hasil dari penerapan *caring* tersebut didapatkan bahwa peran perawat dalam meningkatkan kualitas hidup pasien adalah sebagai berikut :

1. Menjadikan pasien sebagai manusia yang utuh dalam kehidupannya dan keluarga. Perawat melakukan hubungan transpersonal yang saling percaya, menumbuhkan rasa percaya pada diri sendiri dan lingkungannya.
2. Perlakukan pasien saat datang pada perawat seperti mereka pulang ke rumah (*coming home*). Perawat diharapkan dapat menjadi rumah pasien. Pasien dapat kembali kepada perawat untuk : mengadu, mengeluh, meminta, bercanda, bermain dan segala aktifitas kesehariannya seperti di rumahnya sendiri.
3. Fasilitasi pasien untuk menemukan dan merefleksikan sendiri terhadap proses penyembuhannya. Berbagi perasaan dengan pasien berkaitan dengan semangat, tujuan dan proses penyakit.
4. Biarkan pasien merasakan energi dari cinta yang diberikan oleh perawat. Usaha ini berhasil ditunjukkan dengan pasien tidak merasa ketakutan saat berhubungan dengan perawat dan lingkungannya.

Peran perawat dalam kaitannya dengan peningkatan kualitas hidup dilakukan pada area tertentu yaitu perawatan rehabilitasi, manajemen nyeri, manajemen ketakutan dan peningkatan kualitas tidur pasien (Draper, 1997). Lewis, Heitkemper & Dirksen, (2000) melaporkan bahwa perawat diharapkan dapat memaksimalkan kualitas hidup pasien.

Tindakan yang dapat dilakukan adalah melanjutkan manajemen kasus, jelaskan tentang perubahan tindakan pada pasien dan pentingnya kepatuhan, memberdayakan pasien agar dapat menentukan tujuan hidupnya, beri dukungan kepada pasien dan keluarganya dengan menjalin hubungan saling percaya.

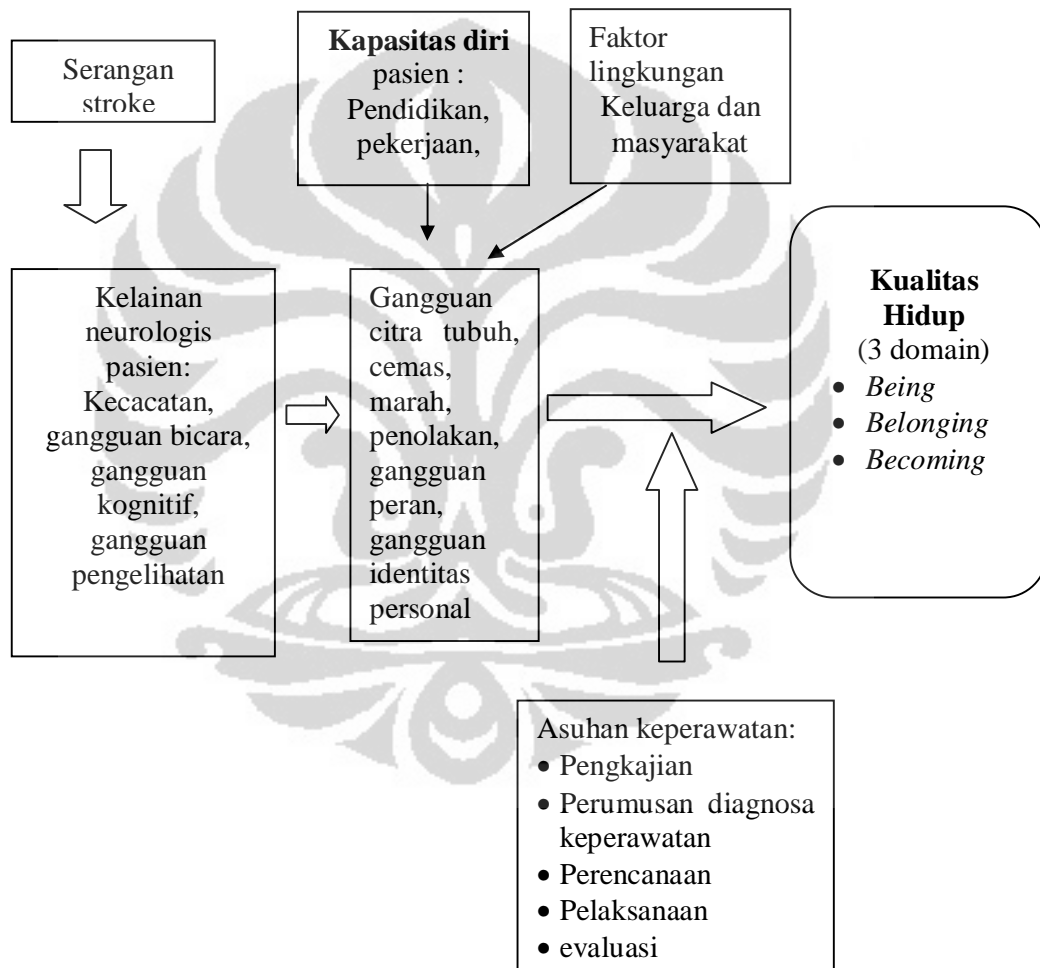
4. Kriteria evaluasi

Evaluasi bertujuan untuk menilai efektifitas dan efisiensi tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah dirumuskan pada pasien paska serangan stroke. Menurut Moorhead, Johnson, dan Maas, (2004) kriteria hasil yang ditetapkan berkaitan dengan diagnosa keperawatan tersebut yaitu : *adaptation to physical disability, body image, coping* dan *role performance*.

D. Kerangka Teori

Berdasarkan uraian dari studi pustaka di atas, dapat dibuat kerangka teori mengenai kualitas hidup pada pasien paska serangan stroke.

Skema 1. Kerangka Teori tentang Kualitas Hidup Pasien Stroke



Dimodifikasi dari : *The Center for Health Promotion*, (2007); Wig, dkk. (2006) ; Nthabiseng, dkk, (2005); Hickey (1997).

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini mengenai pengalaman pasien paska serangan stroke terhadap kualitas hidupnya dalam perspektif asuhan keperawatan. Studi ini menggunakan rancangan kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Pendekatan ini dipilih agar pengalaman partisipan dapat dieksplorasi menjadi lebih terungkap sehingga gambaran pengalaman pasien paska stroke tentang kualitas hidupnya dapat tergambar secara nyata. Selain itu, penelitian ini melakukan eksplorasi, analisis dan deskripsi secara langsung fenomena pengalaman para pasien yang bercerita tentang kualitas hidup mereka paska serangan stroke dengan sebebaskan mungkin dari sebuah intuisi yang tidak bisa diukur secara langsung (Spiegelberg, 1975, dalam Strubert & Carpenter, 2003).

Tujuan menggunakan pendekatan fenomenologi adalah untuk menggali persepsi, pengalaman hidup dan pemahaman esensi hidup seorang individu. Metoda ini sangat tepat digunakan untuk menggali fenomena kualitas hidup pasien paska serangan stroke karena setiap pasien memiliki persepsi tersendiri tentang kualitas hidupnya sesuai dengan pandangannya terhadap diri sendiri. Dengan metoda ini diharapkan dapat dihasilkan berbagai tema tentang kualitas hidup pasien paska serangan stroke. Proses dimulai dengan wawancara

mendalam dan ditambah catatan lapangan (*field note*). Kemudian dengan melakukan proses telaah dan katagorisasi ditemukan tema-tema sesuai dengan hasil wawancara yang dilengkapi dengan catatan lapangan (*field note*).

Partisipan mengungkapkan semua pengalaman hidupnya secara bebas kepada peneliti, selanjutnya peneliti menganalisis setiap pernyataan partisipan. Pada kegiatan wawancara, peneliti telah berusaha untuk masuk secara total dengan fenomena yang ada dengan partisipan dalam rangka mengeksplorasi pengalaman partisipan terkait dengan pengalaman perubahan kualitas hidupnya. Agar memperoleh data yang optimal dan apa adanya (*natural*) peneliti telah membangun rasa saling percaya (*trust relationship*) dengan cara memberikan bantuan yang diperlukan partisipan mengenai penyakit dan proses rehabilitasinya sesuai yang diperlukan partisipan. Saat wawancara, peneliti telah berusaha untuk menghindari hal-hal yang bersifat evaluatif terhadap informasi yang diberikan partisipan dengan cara tidak menggunakan pengetahuan yang dimiliki terkait dengan fenomena yang digali.

Pada tahap analisis peneliti mulai mengidentifikasi tema-tema terkait dengan pengalaman pasien stroke ini dengan perubahan kualitas hidupnya berdasarkan data transkrip wawancara dan catatan lapangan (*field note*) dan melakukan validasi dengan partisipan guna mendapatkan data yang akurat. Berdasarkan hasil itu peneliti mulai membuat narasi secara luas dan mendalam tentang fenomena yang diteliti.

B. Partisipan

Subjek dalam penelitian ini adalah pasien paska serangan stroke yang menjalani rawat jalan di poliklinik neurologi Rumah Sakit Fatmawati. Pengambilan partisipan dilakukan dengan menggunakan *purposive sampling*. Strubert dan Carpenter (2003) menyatakan bahwa *purposive sampling* yaitu pemilihan individu sebagai partisipan dalam penelitian berdasarkan pengetahuan dan kemampuannya tentang fenomena yang akan dikaji dan bersedia untuk membagi pengetahuan tersebut.

Semua partisipan yang dipilih dalam penelitian ini adalah pasien yang memiliki karakteristik sebagai berikut; bersedia menjadi partisipan, tidak mengalami gangguan komunikasi dan menderita stroke minimal 1 bulan. Pada identifikasi awal saat melakukan kontrak, dilakukan wawancara singkat untuk menilai kemampuan pasien dalam menyampaikan pengalamannya dengan bahasa yang dapat dimengerti peneliti dan telah bersedia menjadi partisipan dengan menandatangani surat persetujuan (*inform consent*) yang diberikan.

Penentuan partisipan dimulai dengan mengidentifikasi nama-nama yang diperoleh peneliti dari kunjungan pasien ke poliklinik dan berdasarkan data medical record rumah sakit Fatmawati dibantu oleh sejawat di rumah sakit tersebut. Pasien yang memenuhi kriteria dipilih dan dimintai persetujuannya untuk menjadi partisipan dengan menandatangani pernyataan persetujuannya (*inform consent*). Sebelum memberikan persetujuan itu terlebih dahulu peneliti menjelaskan berbagai hal yang terkait dengan sejauhmana keterlibatan partisipan dalam penelitian sampai mereka mengerti dan memahami secara penuh. Awalnya sebanyak 9 orang berpartisipasi dalam

penelitian ini yang sesuai dengan kriteria inklusi, baik laki-laki maupun perempuan. Hal ini sesuai dengan pendapatnya Pollit dan Beck (2006) mengatakan bahwa penelitian fenomenologi mengandalkan jumlah partisipan yang kecil, yaitu tidak lebih dari 10 orang. Namun setelah wawancara berlangsung ada dua partisipan dianggap tidak memenuhi syarat karena 1 orang ternyata mengalami apasia sensorik dan satu lainnya mengalami ketulian sehingga partisipan ini tidak mampu menyampaikan pengalamannya.

Hal yang perlu diperhatikan dalam penetapan jumlah partisipan antara lain data yang diperoleh telah menunjukkan kejenuhannya (*saturated*) yaitu tidak ditemukan kembali informasi baru pada partisipan-partisipan berikutnya. Kedua partisipan tersebut dapat menggambarkan jumlah individu yang mempunyai persepsi atau pengalaman terhadap fenomena yang dikaji. Dengan jumlah partisipan yang ditetapkan ini cukup representatif terhadap fenomena kualitas hidup yang ada pada pasien paska serangan stroke. Representatif suatu kategori merupakan gabungan dari peristiwa apa yang sedang terjadi dan kajian yang ada (Straus & Corbin, 1990, dalam Creswel, 1998).

Pendapat tersebut diperkuat oleh Nasution (1998, dalam Sugyono, 2005), yang mengatakan bahwa penentuan unit partisipan dianggap telah memadai apabila telah sampai pada tahap *redundancy* (datanya telah jenuh, apabila ditambah satu partisipan lagi tidak memberikan informasi yang baru). Hal tersebut berarti bahwa fenomena yang telah tergalil sudah cukup kuat

mewakili partisipan dan bila ditambah jumlah partisipannya tidak memunculkan informasi baru yang bermakna bagi fenomena tersebut.

C. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di poliklinik neurologi Rumah Sakit Fatmawati Jakarta. Alasan pemilihan tempat ini adalah bahwa rumah sakit ini yang merupakan rumah sakit rujukan dan kasus stroke yang cukup banyak dari Jakarta dan daerah sekitar bahkan luar Jakarta.

D. Etika Penelitian

Peneliti menghormati hak-hak partisipan dengan pertimbangan etik yaitu peneliti telah melindungi partisipan dengan memperhatikan aspek kebebasan untuk menentukan kesediaannya untuk berpartisipasi atau tidak berpartisipasi dalam penelitian ini. Peneliti menghormati hak partisipan seperti memberikan penjelasan sejas-jelasnya tentang maksud dan tujuan penelitian, proses penelitian yang dilakukan, proses komunikasi dan wawancara. Sebagai bukti penjelasan dan persetujuan partisipan tersebut dilakukan penandatanganan persetujuan keikutsertaan menjadi partisipan (*informed consent*). Pola pendekatan awal yang dilakukan adalah pendekatan personal sebelum melakukan wawancara mendalam dengan partisipan.

Partisipan juga telah diberikan kebebasan untuk menentukan waktu dan tempat wawancara. Wawancara dimulai dengan topik yang ringan bertahap menuju ke topik utama sehingga partisipan mengungkapkan persepsi tentang kualitas hidupnya secara jujur tanpa tekanan.

Selain melakukan persetujuan dan kesepakatan dengan partisipan, peneliti telah melakukan hal-hal praktis dan antisipatif untuk menghindari terjadinya persoalan etika, yaitu :

1. Peneliti menganggap partisipan sebagai orang yang sama derajatnya dengan peneliti, sehingga terjalin hubungan yang akrab. Dengan demikian terbuka kesempatan peneliti untuk berkomunikasi dengan partisipan secara lancar.
2. Peneliti berusaha menghargai, menghormati dan mematuhi peraturan, norma, nilai, kepercayaan, adat istiadat yang diterapkan oleh partisipan.
3. Peneliti berusaha memegang kerahasiaan segala sesuatu yang berkenaan dengan informasi yang diberikan partisipan, kecuali untuk kepentingan penelitian.
4. Peneliti berusaha menuliskan segala kejadian dan peristiwa secara jujur sesuai dengan keadaan aslinya.

E. Alat pengumpulan Data

Sumber data utama pada penelitian ini adalah partisipan, paska serangan stroke. Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara mendalam kepada partisipan untuk memperoleh informasi tentang kualitas hidup mereka paska serangan stroke. Berdasarkan sumber dan metode pengumpulan data di atas, maka alat atau instrumen yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data adalah sebagai berikut :

1. Peneliti sebagai instrumen

Pada penelitian ini, peneliti merupakan bagian dari instrumen penelitian. Menurut Miles dan Huberman (1992) pada penelitian kualitatif, peneliti dapat dijadikan sebagai instrumen penelitian. Hal ini dikarenakan peneliti sekaligus sebagai perencana, pelaksana pengumpulan data, analisis, penafsir data dan pelapor hasil penelitian. Terdapat beberapa ciri manusia sebagai instrumen, yaitu responsif, dapat menyesuaikan diri, mendasarkan diri pada perluasan pengetahuan, melakukan proses data secepatnya, memanfaatkan kesempatan untuk mengklarifikasikan dan mengikhtisarkan serta memanfaatkan kesempatan untuk mencari respon yang tidak lazim (Moleong, 2006).

2. Alat Bantu (Lembar pedoman wawancara)

Pedoman wawancara adalah suatu lembar kertas yang berisi daftar pertanyaan terbuka yang terfokus pada kualitas hidup partisipan dalam menghadapi masalah akibat penyakitnya. Yang dimaksud dengan pertanyaan terbuka adalah suatu pertanyaan dimana jawabannya belum ditentukan oleh penanya, sehingga partisipan mempunyai kebebasan dalam memberikan jawaban. Keuntungan pertanyaan terbuka adalah peneliti mendapatkan informasi sebanyak-banyaknya dan sedalam mungkin, karena subjek penelitian akan mengeksplorasi persepsi kualitas hidup sedalam mungkin. Pada perjalanan perolehan data ini, peneliti melakukan beberapa modifikasi pertanyaan melalui proses uji coba wawancara dalam lembar wawancara sebagai upaya untuk menyempurnakan alat ini. Ini dilakukan dikarenakan beberapa pertanyaan tidak dapat dimengerti oleh partisipan sehingga tidak mendapatkan

jawaban sesuai dengan tujuan dari penelitian tersebut. Sebagai contoh ; awal pertanyaan adalah “Apakah ada perubahan kualitas hidup bapak setelah mengalami serangan stroke” di ubah menjadi kelemahan apa saja yang bapak/ibu rasakan setelah serangan. Apakah ada kelemahan secara fisik, psikologis dan gangguan berhubungan dengan orang lain. Perubahan yang mendasar dilakukan adalah dengan membuat pertanyaan itu lebih terstruktur atau semi terstruktur yang merupakan pertanyaan elaborasi dari pertanyaan aslinya. Dengan melakukan perubahan kearah pertanyaan yang sifatnya lebih ke bentuk pertanyaan terbuka terstruktur itu, maka data yang diperoleh kualitasnya lebih baik dari sebelumnya.

3. Buku catatan dan alat tulis (*field note*)

Peneliti melakukan pencatatan pada buku catatan, untuk mempermudah mengingat informasi pada saat pelaksanaan pengumpulan data. Pencatatan dilakukan terhadap ekspresi nonverbal partisipan dan suasana lingkungan saat wawancara. Catatan lapangan sebagai media observasi yang disusun peneliti setiap kali melakukan dan menyelesaikan wawancara mendalam.

4. *Tape recorder*

Tape recorder adalah suatu alat yang berfungsi merekam suara dari subjek yang akan diteliti. Fungsi dari alat perekam ini adalah mempermudah peneliti dalam membuat transkrip wawancara, sehingga memudahkan peneliti untuk mempelajari pengalaman para partisipan.

F. Keabsahan Data

Validitas dan reliabilitas dalam penelitian ini ditetapkan dengan menggunakan kriteria keabsahan (*Trustworthiness*) data. Untuk menetapkan keabsahan suatu data, diperlukan teknik pemeriksaan. Menurut Moleong (2006) pelaksanaan teknik pemeriksaan keabsahan didasarkan atas empat kriteria yaitu :

1. Derajat kepercayaan (*credibility*)

Pada dasarnya adalah menggantikan konsep validitas internal pada nonkualitatif. Kriteria ini berfungsi melaksanakan inquiri sedemikian rupa sehingga tingkat kepercayaan temuan dapat dicapai dan dapat menunjukkan derajat kepercayaan (Bungin, 2003). Derajat kepercayaan ini dapat dibagi menjadi dua yaitu derajat kepercayaan data dan derajat kepercayaan peneliti. Untuk mengukur derajat kepercayaan data peneliti menggunakan cara *triangulasi method*. Stommel and Wills (2004) menyatakan bahwa metode triangulasi adalah membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh dengan menggunakan beberapa metode pengumpulan data. Dalam memenuhi unsur ini peneliti melakukan penggabungan data antara wawancara mendalam dengan catatan lapangan. Selanjutnya tema-tema yang telah tercipta di diberikan kepada partisipan untuk membacanya. Jika partisipan tersebut mengatakan bahwa tema tersebut sesuai maka dianggap telah memenuhi unsur kredibilitas. Sementara untuk derajat kepercayaan kedua yakni kredibilitas peneliti sendiri. Peneliti telah merasa mantap dan kredibel untuk mengambil penelitian ini karena peneliti telah

memiliki pengetahuan dan pengalaman yang cukup lama dalam bidang dan masalah yang diteliti.

2. Keteralihan (*transferability*)

Merupakan modifikasi validitas eksternal dalam penelitian kuantitatif yang menyatakan bahwa generalisasi suatu penemuan dapat diterapkan pada semua konteks dalam populasi yang sama atas dasar penemuan yang diperoleh pada partisipan yang secara representatif mewakili populasi itu (Moleong, 2006). Pada dasarnya *transferability* ini merupakan pertanyaan empirik yang tidak dapat dijawab oleh peneliti kualitatif itu sendiri, tetapi dapat dijawab dan dinilai oleh pembaca laporan penelitian. Hasil penelitian kualitatif memiliki standar transferabilitas yang tinggi apabila pembaca memperoleh gambaran dan pemahaman yang jelas tentang konteks dan fokus penelitian (Bungin, 2003).

Teknik pemeriksaan yang digunakan oleh peneliti adalah uraian rinci (*thick description*), yaitu uraiannya harus mengungkap secara khusus berdasarkan kejadian-kejadian nyata, sehingga orang lain mampu memahami temuan yang diperoleh. Untuk memenuhi unsur ini peneliti telah membuat hasil laporan data dengan uraian seteliti dan secermat mungkin yang menggambarkan kualitas hidup pasien paska serangan stroke

3. Ketergantungan (*dependability*)

Merupakan substitusi istilah reliabilitas dalam penelitian non kualitatif. Pada cara non kualitatif, reliabilitas ditunjukkan dengan jalan mengadakan replikasi studi. Bila dua atau beberapa kali dilakukan penilaian hasilnya sama, maka dikatakan reliabilitasnya tercapai (Moleong, 2006). Pada penelitian kualitatif, konsep ketergantungan lebih luas dari reliabilitas. Hal ini karena peninjauannya dari beberapa segi, bahwa konsep ini memperhitungkan segala-galanya, yaitu apa yang ada pada reliabilitas itu sendiri ditambah faktor-faktor lainnya yang terkait (Stommel and Wills, 2004).

Teknik yang digunakan pada standar kebergantungan adalah audit kebergantungan (*auditing*). Peneliti telah melakukan penelusuran audit (*audit trail*) dengan mengumpulkan catatan-catatan pelaksanaan keseluruhan proses dan hasil pengumpulan data. Sebelum auditing, pencatatan pelaksanaan diklasifikasikan. Klasifikasi tersebut meliputi : data mentah, catatan tentang proses penyelenggaraan, bahan yang berkaitan dengan maksud dan keinginan dan informasi tentang pengembangan instrumen. Proses *auditing* pada penelitian ini, meliputi beberapa tahap yaitu pra-entri, penetapan hal-hal yang dapat diaudit, kesepakatan formal dan penentuan keabsahan data. Cara lain yang telah dilakukan peneliti untuk memenuhi unsur ini adalah melibatkan suatu penelaah data dan dokumen yang mendukung secara menyeluruh dan detail oleh seorang penelaah eksternal (Polip & Hanger, 1999) yaitu para pembimbing peneliti selama melakukan penelitian dan penyusunan tesis ini.

4. Kepastian (*confirmability*)

Berasal dari konsep objektivitas menurut non kualitatif. Pada penelitian kualitatif terjadi pengalihan pengertian objektivitas dan subjektivitas menjadi kepastian (*confirmability*). Penekanan kebergantungan bukan pada orangnya tetapi pada datanya. Isinya tidak berkaitan dengan ciri peneliti, melainkan dengan ciri-ciri data yaitu bagaimana data tersebut dapat dipastikan. Teknik yang digunakan adalah audit kepastian, yaitu pemeriksaan yang dilakukan *auditor* (peneliti) untuk menentukan kecukupan keputusan inquiri dan pemanfaatan metodologi, serta mengakhiri *auditing* itu sendiri, dimana peneliti melakukan perundingan dan umpan balik pada *audity* (partisipan). Cara lain yang juga telah digunakan adalah peneliti telah mendiskusikan seluruh transkrip data yang telah ditambahkan dengan catatan lapangan, tabel pengkatagorian dan tema-tema yang dibuat dengan pembimbing penelitian.

G. Prosedur Pengumpulan Data

Setelah memperoleh ijin dari Fakultas Ilmu Keperawatan tentang pelaksanaan penelitian pengalaman pasien paska stroke tentang kualitas hidup mereka di Rumah Sakit Fatmawati Jakarta dan lolos uji etik dari FIK UI. Peneliti melakukan uji coba wawancara kepada salah satu klien yang di rawat di RS Fatmawati Jakarta yang memenuhi kriteria partisipan. Berdasarkan hasil uji coba wawancara ini diperoleh beberapa hal yang perlu diperbaiki. Banyak

pertanyaan dalam wawancara di dibuat lebih terstruktur. Contoh yang dapat di sampaikan adalah sebagai berikut awal pertanyaan yang di buat adalah Apa yang bapak/ibu rasakan setelah serangan stroke di rubah menjadi gangguan atau kelemahan fisik seperti apa yang bapak /ibu alami ? Apa ada gangguan lain seperti memori, daya ingat dan sebagainya. Rincian lainnya ; apa ada gangguan lainnya seperti rasa malu, sedih, cemas, takut, bingung atau lainnya. Pertanyaan prinsip lainnya yang dilakukan lebih terstruktur yaitu pertanyaan semula adalah dengan gangguan ini kebiasaan yang bapak ibu rasakan dirinci menjadi 6 pertanyaan yang lebih terstruktur yaitu bagaimana berhubungan dengan keluarga apa ada rasa malu, rasa membebani, merepotkan. Apa ada perubahan keinginan untuk berhubungan dengan tetangga;bagaimana berhubungan dengan tetangga dan masyarakat sekitar, apakah ada kehilangan keakraban atau perhatian keluarga setelah serangan ini. Apa ada kesenangan yang hilang akibat serangan dan sebagainya (selengkapnya dapat dilihat pada lembar panduan wawancara yang telah mengalami revisi. Berikut adalah tahap selanjutnya setelah dilakukan uji coba.

1. Tahap pelaksanaan

Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti. Kegiatan pada tahap ini meliputi :

- a. Penentuan partisipan, yaitu pasien paska serangan stroke sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan. Peneliti dibantu oleh seorang teman sejawat dari rumah sakit Fatmawati mendatangi poliklinik neurologi untuk melakukan identifikasi pasien yang akan dijadikan

partisipan dengan melakukan kajian awal pada setiap pasien post stroke yang datang dan sebelumnya juga telah diidentifikasi melalui *medical record*. Pasien yang dianggap memenuhi syarat diberi informasi awal untuk menjadi partisipan.

- b. Melakukan kesepakatan antara peneliti dengan partisipan, tentang aturan dan etika pada saat proses penelitian atau pengumpulan data. Setelah tercapai kesepakatan antara peneliti dan partisipan dilanjutkan dengan penandatanganan menjadi responden (*informed consent*)
- c. Setelah ada kesepakatan dan persetujuan dari partisipan, dilanjutkan dengan kontrak waktu untuk proses pengumpulan data.
- d. Pengumpulan data dilakukan dengan metode wawancara mendalam tentang kualitas hidup yang dirasakan oleh pasien pada mana peneliti mendatangi partisipan yang semuanya dilakukan dirumah partisipan sendiri sesuai dengan kesepakatan. Pada fase ini ternyata peneliti tidak bisa melakukan wawancara langsung namun terlebih dahulu membina hubungan positif (*trust*) dengan memberikan beberapa informasi dan bimbingan terhadap masalah yang dihadapi partisipan dan keluarga. Wawancara dilakukan pada partisipan umumnya pada kunjungan kedua dan seterusnya.
- e. Peneliti mulai melakukan proses pengambilan data dengan wawancara mendalam. Waktu yang digunakan dalam wawancara ini antara 45 sampai 60 menit. Selanjutnya peneliti melakukan perekamam pada alat perekam (*hand phone* dengan perekam) dan pencatatan data pada buku catatan yang telah disiapkan oleh peneliti. Pencatatan data dilakukan pada saat wawancara berlangsung ataupun

setelah wawancara dilakukan. Wawancara dilakukan tidak sekaligus namun kadang disertai jeda untuk memberikan kesempatan partisipan relaksasi dan mengurangi kejenuhan. Begitu pula bagi peneliti sendiri.

H. Analisis Data

Proses analisis data dilakukan peneliti sejak awal pengumpulan data. Analisis diawali dengan membaca transkrip dan catatan lapangan berulang kali sampai peneliti dapat memahami data dengan baik. Analisis data dilakukan dengan metoda fenomenologi yang dikembangkan oleh Colaizzi (1978, dalam Streubert & Carpenter, 1999). Proses analisis ini meliputi:

- a. Membuat transkrip data untuk mengidentifikasi pernyataan-pernyataan yang bermakna dari partisipan dengan memberi garis bawah. Transkrip ini dilakukan melalui proses verbatim dari tape recorder dari setiap partisipan, kemudian menyatukan hasil rekaman dengan catatan lapangan untuk melengkapi data wawancara atau transkrip.
- b. Membaca transkrip secara berulang-ulang sampai pada semua informasi dapat peneliti pahami. Ketika membaca secara berulang-ulang ini peneliti memberikan kode-kode data dari setiap pernyataan partisipan yang memiliki ide yang berbeda.
- c. Membuat kategorisasi pernyataan-pernyataan. Pada proses ini peneliti mulai mencermati pernyataan-pernyataan dari semua partisipan yang hampir sama atau minimal memiliki ide yang sama diberi kelompok data yang sama yang kemudian menghasilkan katagori-katagori. Katagori yang dihasilkan sebanyak 14 katagori yaitu kelemahan fisik, gangguan bicara,

gangguan memori, hidup tidak dihargai, hidup tidak diperhatikan, hidup tidak berguna, rasa malu, sedih, marah, sikap isolasi diri, pemberian pendidikan kesehatan, sikap tenaga kesehatan, pengendalian pola hidup dan komunikasi.

- d. Katagori-katagori yang sama dikelompokkan menjadi satu pernyataan-pernyataan yang saling berhubungan satu dengan yang lainnya. Sebagai contoh; kelemahan fisik, gangguan bicara dan gangguan memori di kelompokkan menjadi satu makna yakni menjadi terbatas dalam melakukan aktifitas sehari-hari. Dalam proses ini peneliti dengan pengetahuan yang dimiliki berusaha untuk membuat kalimat pernyataan-pernyataan yang mana pernyataan tersebut sangat mengandung satu makna atau arti tertentu. Pernyataan ini peneliti katagorisasi sebagai tema-tema potensial.
- e. Tahap selanjutnya, peneliti menemui partisipan kembali untuk melakukan konfirmasi tentang tema-tema yang dihasilkan dan meminta pendapat partisipan apakah tema-tema tersebut sesuai dengan apa yang mereka alami.
- f. Setelah dilakukan konfirmasi tidak ada data tambahan yang cukup berarti yang perlu ditambahkan pada data-data yang diperoleh sebelumnya. Dengan demikian tema-tema potensial tersebut dimatangkan menjadi tema-tema akhir.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Bab ini menjelaskan berbagai persepsi pasien yang menjalani hidupnya setelah terkena serangan stroke dalam konteks asuhan keperawatan di Rumah Sakit Fatmawati, Jakarta. Penelitian ini menghasilkan 4 tema utama yang memberikan suatu gambaran atau fenomena pasien paska serangan stroke terhadap kualitas hidupnya. Pemaparan hasil penelitian ini dibagi dua bagian. Bagian pertama menceritakan secara singkat tentang karakteristik partisipan yang terlibat dalam penelitian ini. Bagian kedua membahas analisis tematik tentang persepsi pasien paska serangan stroke terhadap kualitas hidupnya.

A. Gambaran Karakteristik Partisipan

Sebanyak 7 orang partisipan berpartisipasi dalam penelitian ini. Usia mereka bervariasi antara 55 tahun sampai dengan 71 tahun. Jenis kelamin partisipan kebanyakan laki-laki yaitu sebanyak 4 orang dan perempuan sebanyak 3 orang. Variasi tingkat pendidikan partisipan adalah dari tingkat SLTA sampai tingkat perguruan tinggi (akademi). Kebanyakan partisipan beragama islam yaitu 5 orang, satu orang penganut kepercayaan dan satu orang lagi beragama Kristen Katolik. Para partisipan pernah menjalani rawat

inap di Rumah Sakit Fatmawati Jakarta, dan saat ini masih menjalani rawat jalan di poliklinik saraf Rumah Sakit Fatmawati, Jakarta. Saat ini semua partisipan sudah tidak bekerja lagi, riwayat pekerjaan partisipan bervariasi yaitu pegawai negeri sebanyak 2 orang, karyawan swasta sebanyak 2 orang, wiraswasta sebanyak 1 orang dan ibu rumah tangga 2 orang. Tentang status pernikahan mereka adalah 4 orang menikah, satu orang janda dan 2 orang duda semuanya tinggal bersama keluarga. Lamanya menderita stroke bervariasi yaitu antara 1 bulan sampai 2 tahun.

B. Analisis Tematik

Bagian ini secara rinci menjelaskan uraian 4 tema yang teridentifikasi dari hasil wawancara. Tema-tema tersebut yaitu ; (1) menjadi terbatas dalam melakukan aktivitas sehari-hari, (2) merasakan penderitaan dan perubahan makna hidup karena keterbatasan dan kehilangan, (3) berbagai respon psikologis terhadap kehilangan dan penurunan kontak sosial setelah menderita stroke, (4) setiap pasien stroke membutuhkan pelayanan kesehatan yang profesional.

Tema-tema yang didapatkan dalam penelitian ini dibahas secara terpisah untuk mengungkap makna dari berbagai persepsi partisipan dalam menjalani hari-harinya setelah menderita stroke. Meskipun tema-tema tersebut dibahas secara terpisah, namun semua tema tersebut saling berhubungan satu sama lain untuk menjelaskan esensi kualitas hidup para partisipan dalam studi ini.

1. Menjadi terbatas dalam melakukan aktivitas sehari-hari

Menjadi terbatas dalam melakukan kehidupan sehari-hari banyak diungkapkan oleh para partisipan dalam studi ini. Hampir semua partisipan menyatakan bahwa saat ini kehidupan yang mereka jalani sangat berbeda dengan kehidupan mereka sebelum mengalami stroke. Dengan kata lain, mereka menyatakan bahwa mereka tidak sebebaskan seperti dulu sebelum sakit. Aktivitas sehari-hari para partisipan yang hampir selalu dilakukan secara mandiri, diantaranya berdiri, berjalan, kebersihan diri, berpakaian, dan berbicara dengan orang lain menjadi terbatas. Para partisipan banyak mengungkapkan keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari karena adanya kelemahan fisik seperti berdiri dan berjalan, gangguan bicara dan gangguan daya ingat (memori). Berbagai kelemahan dan gangguan ini menyebabkan mereka kurang mampu mandiri dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Dengan kata lain, mereka memerlukan pertolongan atau bantuan untuk memenuhi kebutuhan hidup dasarnya sehari-hari. Salah satu partisipan dalam menyatakan keterbatasannya dalam bergerak dan berjalan adalah bila ingin menuju tempat tertentu (kamar mandi) dirinya merasa sudah bergerak ke arah yang dituju namun tidak pernah sampai pada tujuan karena partisipan ini berjalan miring. Berikut ungkapannya sebagai berikut :

“Ya saya beginilah saya mas, saya sekarang. Saya tidak bisa ngapa-ngapain seperti yang mas liat. Saya tidak bisa jalan maju lurus, jalan saya miring kiri, ya kalo ke kamar mandi tak pas ketemu

pintu, pintu tak dapat saya raba dapatnya tembok ya gitulah mas, jadinya saya kembali cari pintu agar bisa ke kamar mandi, jalan saya miring-miring tak bisa lurus he ... ya gitu mas. (P1).

Begitu pula yang terjadi pada partisipan P2, dirinya mengungkapkan berbagai persoalan yang terjadi akibat dia tidak bisa berjalan dan bergerak disamping ungkapan langsung terhadap ketidakmampuannya itu. Partisipan ini menjadi tidak bisa bekerja lagi, merasa kewajibannya untuk memenuhi kebutuhan keluarga (anak) tidak dapat dijalankannya. Bahkan yang lebih besar lagi masalah yang dihadapi partisipan adalah merasa semua kehidupannya berubah sejak setelah terkena serangan stroke. Berikut ungkapan selengkapnya partisipan terkait hal tersebut :

“Saya merasa tak sehat pakapa-apa terbatas, mau kesanakemari saya tak bisa, semua dibantu saya tak bisa kerja lagi buat anak2 saya. Jalan saya susah pak entahlah pak semenjak saya terkena stroke semua hiup saya jadi berubah..... lihatlah pak saya tak bisa jalan, jalan terseret-seret berdiri juga susah pak..... (P2).

Lain halnya, yang dialami partisipan P3 dalam menunjukkan ketidakmampuannya melakukan kegiatan sehari-harinya dengan menyatakan kalau berjalan untuk menuju suatu tempat dirinya merasakan sempoyongan dan terasa ingin terjatuh dan melayang-layang. Akibatnya dirinya merasa pusing juga kalau jalan dan menjadi takut. Akhirnya, dirinya lebih sering tidur karena kalau tidur dia merasa tidak ada masalah. Ungkapan partisipan terkait dengan hal tersebut adalah sebagai berikut :

“Tangan kaki saya berat kaya kesetrum ... disenggol dikit aja ser gitu rasanya kepala sebelah juga kaya kesetrum kalo jalan kaya sempoyongan dan terasa terjatuh ... ada lagi nih betis rasa kejendul berat, telapak kaki nginjek kaya ngambang tidak napak...., pusing tidak bisa dibawa gerak, kalo dibawa tidur pusingnya tidak apa-apa, kepala goyang-goyang kalo bangun gitu,,, (P3).

Cara lain yang diungkapkan oleh partisipan P4 adalah dirinya hanya mampu menggerakkan bagian tubuhnya yang terkena terutama tangan dan kakinya dengan sangat terbatas bahkan kalau mau menggerakkan harus dibantu oleh tangan yang masih sehat. Untuk memperkuat pernyataannya itu partisipan ini mempersilahkan peneliti untuk melihat dan merasakannya secara langsung tentang keterbatasan dirinya. Hal ini dilakukan oleh partisipan untuk memberikan efek objektivitas atas ketidakmampuannya dan untuk menghindari kesan kepura-puraannya. Ungkapan partisipan terkait dengan hal tersebut adalah sebagai berikut :

“Tangan dan kaki lemes, diangkat harus dibantu. Tangan kanan saya hanya bisa geser dikit aja.... Kaki juga begitu pak.... Liat aja bapak sendiri saya susah mengerjakan kaki saya yang kanan. Kalo digerakan harus dibantu sehingga bisa bergerak oleh tangan kiri saya. Kadang saya dibantu oleh anak saya untuk gerakan tangan saya..... latihan katanya (P4).

Selain gangguan dalam pergerakan (mobilisasi dan ambulasi), beberapa partisipan juga merasakan adanya kesulitan dalam hal berbicara. Kesulitan ini mengakibatkan mereka menjadi tidak ingin berbicara atau berkomunikasi dengan keluarga atau orang lain kebanyakan. Mereka lebih banyak diam. Berbicara seperlunya saja dan pada hal-hal yang dianggap penting saja. Diam dan tidak ingin berbicara dapat menunjukkan

adanya rasa malu karena merasa orang tidak akan mendengarkannya. Ini dibuktikan dengan komunikasi nonverbal partisipan berupa tertunduk dan memalingkan wajah saat membicarakan hal ini (P1). Pernyataan partisipan yang mendukung hal tersebut adalah sebagai berikut :

“Ngomong berat mas, jadinya saya tak bisa bicara ama yang lain, sekarang omongan saya agak lebih bagus seperti mas denger, waktu lalu saya mas tak bisa ngomong.... Ya..... malas jadi ngomong mas..... Gitu terus lama mas (tertunduk dan memalingkan muka) Saya bisa ngomong dikit, sampe sekarang seperti ini mas..... (P1).

“Bicara saya juga susah pak (tertawa kecil). Dulu saya bisa bicara banyak sekarannng susah ngomongnya..... Saya jadi diam aja pak. Karena susah ngomong (P4).

“Saya ngomongnya belepotan dan tak jelas... gemana saya mau ngomong..., orang ketawain saya (P6)

Hal yang menarik juga yang ditemukan dalam penelitian ini adalah beberapa partisipan menyatakan bahwa setelah mengalami stroke mereka mengalami kesulitan untuk mengingat sesuatu dan mudah lupa terhadap apa yang didengarkannya. Beberapa partisipan mengatakan tidak mampu mengingat sesuatu yang baru saja diberitahukan atau sesuatu yang sudah lewat. Seperti ungkapan-ungkapan partisipan yang mendukung hal tersebut adalah sebagai berikut:

“Saya juga tak ingat apa2 Sekarang diberitahu trus tak ingat lagi saya jadi pusing nih (P4).

“Susah inget dan sering lupa apa yang telah diberitahu....ya saya lupa saja Tak inget, kenapa ya... (P7).

2. Merasakan penderitaan dan perubahan makna hidup karena keterbatasan dan kehilangan.

Keterbatasan akibat adanya gangguan fisik, gangguan bicara dan gangguan memori menyebabkan partisipan merasakan adanya penderitaan lain. Penderitaan dalam hal ini adalah penderitaan psikologis. Penderitaan psikologis terjadi akibat ketidakmampuan partisipan dalam melakukan apa yang ingin dilakukan berkaitan dengan keterbatasan akibat menderita stroke.

Penderitaan tersebut diantaranya adalah merasakan hidup mereka tidak dihargai, tidak diperhatikan dan tidak berguna. Beberapa partisipan merasa bahwa hidupnya tidak dihargai karena keadaan ketidakmampuan fisiknya. Selain itu, para partisipan tersebut menjadi lebih sensitive karena kelemahan fisik mereka. Sebagai contoh, jika ada orang berkelompok dan bercengkrama, mereka merasakan bahwa apa yang dibicarakan itu adalah terkait dengan gangguan dan kelemahan yang mereka alami atau dalam hal ini mereka memiliki sikap paranoid terhadap orang lain. Hal ini sangat mengganggu kestabilan mental dan perasaan mereka. Mereka menjadi menarik diri dari lingkungan, jarang keluar rumah, jarang mengikuti acara-acara bersama. Kadang menyalahkan diri sendiri dan

membandingkan keadaan dirinya yang berbeda dengan orang lain. Ini membuat kebanyakan partisipan merasa semakin tidak diperhatikan dan tidak dihargai. Pernyataan-pernyataan partisipan berkaitan dengan hal tersebut adalah sebagai berikut :

“Ngomong dengan orang lain saya malas karena ngomong saya berat.... Jadi malas ngomong mas..... ya jarang keluar.... Saya merasa tak dianggap ya bisa nya.... ngomel dalam hati giitu mas “Saya tak miliki apa-apa, jalan saya miring kan mas.... ya seperti tak dianggap..... saya tak bisa mas.... dikatakan mengganggu ya menggagu rasanya gangguannya karena fisik saya seperti ini.... Saya kok tak kayak dia saya tak bisa kadang saya dicandai bapak stroke jangan sampai suruh dia ya kayak gitu mereka kapada saya..... Mas.....(P1).

“Kok saya merasa terhina dengan keadaan begini.... Rasanya orang omongin saya...., (P2).

“Ya saya merasa tidak berharga mas... yak karena saya tidak bisa ngapain-ngapain ya..... (P6)

Penderitaan lain yang dirasakan oleh partisipan yaitu merasa hidup kurang mendapatkan perhatian dari orang-orang terdekat. Ketidakmampuan partisipan dalam melakukan aktivitas sehari-hari menyebabkan partisipan harus tergantung pada keluarga mereka (istri, suami atau anak) untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Hampir kebanyakan kegiatan hidup untuk memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari memerlukan bantuan orang lain terutama orang-orang yang dekat dengan partisipan. Jika anggota

keluarga mereka tidak segera memenuhi keinginan partisipan, maka partisipan merasa telah mendapat perlakuan yang kurang baik dan kurang diperhatikan. Dalam hal ini, mereka menjadi lebih sensitive. Berikut adalah pernyataan partisipan 1:

“Apalagi kalo minta tolong ambilin air lama tak diambilin jadi marah gitu mas..... sepertinya saya tak diperhatikan mas.....”

Pernyataan partisipan lain terkait dengan persoalan yang sama juga diceritakan oleh partisipan 7 dengan pernyataannya sebagai berikut :

“Saya merasa keluarga tidak memperhatikan saya lagi ya.... begitulah yang sara rasakan mas”

Hal lain yang diperoleh dalam penelitian ini terkait dengan penderitaan para partisipan dalam studi ini masih berkaitan dengan perubahan dalam kehidupannya paska mengalami stroke yaitu seperti yang diungkapkan oleh partisipan 1, 2, 4 5 dan 7. Mereka mengatakan bahwa merasa hidup mereka saat ini tidak berguna. Pada intinya mereka ini mengungkapkan bahwa kehidupan yang dahulu telah hilang dan muncul kehidupan baru yang jauh berbeda dan lebih sulit dari kehidupan sebelumnya. Kehidupan sekarang setelah mengalami serangan stroke mengalami penurunan akibat kelemahan dan kehilangan beberapa kemampuan dari partisipan. Partisipan merasa tidak bisa bekerja lagi, merasa bergantung pada keluarga dan merasa tidak sekuat dulu sebelum serangan stroke. Pernyataan partisipan yang mengungkapkan adanya perubahan kehidupannya setelah mengalami stroke adalah sebagai berikut ;

“Saya beda ama yang dulu saya bisa segalanya Ya sekarang dah berubah jadi cakar ayam . Kalo liat kaca wajah saya seperti mayat hidup, muka saya pucat apalagi tensi agak tinggi seperti orang mau mati..... Ya ... begitu idup saya mas..... “Saya tak miliki apa-apa, jalan saya miring kan mas..... ya seperti tak dianggap..... saya tak bisa mas.... dikatakan mengganggu ya menggagu rasanya gangguannya karena fisik saya seperti ini.... Saya kok tak kayak dia saya tak bisa kadang saya dicandai bapak stroke jangan sampai suruh dia ya kayak gitu mereka kapada saya..... Mas..... (P1).

“Dulu saya jadi pegawe, saya bisa hidupi anak dan keluarga, sejarang saya terkena stroke saya tak bisa kerja lagi, jalan aja susah Dulu saya bisa kerjakan semua dan cari apa yang saya mau, kini saya tak bisa. Kini setelah kena stroke semua dibantu. Makan aja saya belajar lagi berjalan juga iya Semua berubah pak berubah semua (P2).

“Dulu saya bisa pergi kemana-kemana, masak, belanja dan lainnya, sekarang tak bisa kemana-kemana, dirumah aja. Saya tak bisa jalan lagi. “Saya tidak bisa ngapain-ngapain.....Saya merasa tak enak,....., saya jadi beban anak-anak, kasian anak-anak saya harus menanggung hidup saya.....Saya merasa tidak berguna lagi (P4).

“Ya... saya tidak seperti dulu lagi... saya tidak bisa melakukan kegiatan seperti dulu... sekarang semua berubah... tidak dapat melakukan kerjaan lagi (P5).

”Saya hanya jadi beban anak-anak saya mas...tidak ada gunanya...hanya makan, tidur gitu aja yang saya bisa (P7).

3. Berbagai respon psikologis terhadap kehilangan dan penurunan kontak sosial setelah menderita stroke

Kelemahan dan kehilangan beberapa fungsi tubuh partisipan setelah menderita serangan stroke menyebabkan munculnya berbagai respon emosi para partisipan dalam penelitian ini. Respon emosi yang terjadi lebih mengarah pada kurangnya kemampuan partisipan dalam beradaptasi dengan keadaannya sekarang.

Partisipan mengungkapkan adanya perasaan malu, marah, sedih dan merasa terasing atau mengisolasi diri dari kehidupan sosial. Sebelum sakit (menderita stroke) partisipan aktif dalam kegiatan kegiatan dan hubungan sosial. Sekarang setelah menderita stroke dengan berbagai kelemahan seperti kelemahan alat gerak (kaki dan tangan) dan gangguan bicara sebagai sarana komunikasi. Para partisipan menceritakan bahwa mereka menjadi terbatas dalam mempertahankan hubungan sosialnya dengan banyak orang. Hal ini berakibat pada kebanyakan partisipan menarik diri dari lingkungan sosialnya.

Seperti ungkapan partisipan 2, 4 an 6 yang merasa malu dengan keadaannya sekarang (setelah menderita serangan stroke). Mereka mengungkapkan emosinya melalui rasa malu dan memilih untuk lebih banyak diam. Pernyataan partisipan yang mendukung pernyataan tersebut diatas adalah sebagai berikut :

“Saya merasa malu..... saya malu tampil didepan teman-teman, dulu saya jadi subdin kok jadi gini jadi kere (P2)

“Saya merasa tak enak,..... merasa malu, (dengan suara pasrah dan sikap menunduk) (P4)

“Ya... saya malu dengan keadaan seperti ini... kenapa kok jadi begini apa yang bisa saya buat, (P6)

Pengungkapan emosi lainnya adalah perasaan marah. Perasaan marah ditujukan kepada dirinya sendiri yang tidak mampu melakukan aktivitas dengan baik. Mereka menjadi lebih sering menjadi marah terhadap lingkungan dan diungkapkan dalam bentuk marah diantaranya seringkali ngomel sendiri dan memperlihatkan perasaan/sikap kesal. Perasaan ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

“Saya lebih sering marah jadinya..... apalagi kalo liat istri ngomong ama orang lain, kok ya seperti ngomongin saya ya..... Apalagi kalo minta tolong ambilin air lama tak diambilin jadi marah gitu mas..... gimana ya Masya gitu saya jadi suka marah ama istri saya..... (P1)

“...kadang kesel sendiri, ngomong sendiri, ngedumel sendiri, Kadang tuh makan misalnya dipaksa padahal tidak enak, ... makan bubur lalu baru makan obat, lebih kesel lagi, hati lebih hancur, kalo makan itu dipaksa, makan obat dipaksa oleh anak apa yang diminta.... tidak dikasi dan diatur semuanya(P3)

“Kesel ya... kadang merasa kesel... dengan keadaan seperti ini yang serba susah (P7)

Ungkapan perasaan lainnya adalah merasa asing dengan lingkungannya. Perasaan diungkapkan oleh beberapa partisipan berkaitan ketarbatasannya dalam melakukan hubungan sosial dengan orang-orang di lingkungan sosialnya. Kebanyakan partisipan mengatakan tidak ingin untuk keluar rumah dan memilih untuk tinggal di rumah saja. Bahkan ada partisipan sengaja memutuskan hubungan dengan teman-teman sekantornya seperti yang dialami partisipan 2. Partisipan ini menyatakan perasaan malu, merasa tidak dihargai bila bertemu dengan teman-teman yang sebenarnya dulu adalah bawahannya. Perasaan partisipan ini muncul karena sebelum mengalami stroke, dirinya adalah orang yang dihormati bawahannya, namun, setelah sakit, dia merasa tidak dapat lagi untuk menunjukkan kemampuannya, pada akhirnya partisipan tersebut bersikap menarik diri dari pergaulan sosialnya. Selanjutnya, jika ada teman-temannya melakukan hajatan atau ada pertemuan apapun maka partisipan ini tidak mempunyai keinginan untuk datang. Ungkapan partisipan yang mendukung pernyataan tersebut adalah sebagai berikut :

“Kualitas hubungan saya dengan teman dan tetangga menurun dulu saya senang bergaul kini saya tak pernah nongol karena terbatas semua. “Saya merasa malu..... saya malu tampil didepan teman-teman, dulu saya jadi Kasubdin kok jadi gini.. jadi kere.....hubungan saya dengan teman-teman pak jadi endak baik. Saya putuskan hubungan dengan orang lain termasuk dengan teman-teman saya yang sekantor dulu.... Saya tak mau ikutan sudahlah..... mereka tak usah kabari saya biarlah saya tak ikutan biarlah saya sendiri kalo ada hajatan biarlah saya tak ikut biarlah saya tak usah datengin karena semua terbatas. Saya tak bisa lagi ngapain, percuma saja saya hadir ditempat itu (P2).

Para partisipan yang lain mengungkapkan tentang keengganannya untuk melakukan kontak sosial dengan lingkungannya. Seperti yang diceritakan oleh para partisipan 1, 3, 4 dan 7. Mereka mengatakan lebih suka diam dari pada berbicara dengan orang lain. Mereka bicara kepada keluarga sebatas membutuhkan bantuan untuk pemenuhan kebutuhan sehari-hari. Ungkapan para partisipan tersebut yang mendukung pernyataan tersebut adalah sebagai berikut :

saya jarang keluar dan bicara dengan orang lain ya begitu mas saya sendiri dirumah. Ya dirumah saja malas ketemu orang lain karena omongnya saya berat dan susah mas...(P1)

“... berhubungan dg orang lain gemana yach agak susah, lagian jarang sekarang ketemu orang, dulu ada tetangga yang tidak punya suami bisa ngobrol sama dia tapi sekarang dia sudah nikah jadi jarang keluar tuh,..(P3)

“Saya jarang mau keluar males ngomong ama orang diluar rumah.... Biarlah saya dirumah aja tak enak ama tetanggakok tak bisa ngomong..... kan malu ya pak (P4)

Saya males keluar dengan keadaan seperti ini ... biarlah saya di rumah aja....(P7)

4. Setiap pasien stroke membutuhkan pelayanan kesehatan yang profesional.

Beberapa partisipan menceritakan pengalamannya terkait dengan pelayanan kesehatan yang sudah diterima selama ini, sehingga mereka mempunyai harapan-harapan terhadap pelayanan kesehatan. Pengalaman tersebut antara lain kebutuhan mereka terkait dengan pemberian penyuluhan kesehatan, pelayanan yang kurang bermutu dan adanya harapan partisipan untuk memperoleh pelayanan yang lebih baik. Keluhan yang disampaikan sangat beragam. Ada yang melihat dari minimnya informasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Prilaku tenaga (perawat) yang tidak ramah sampai kepada ketidak tahuan pasien akan pelayanan apa yang mereka seharusnya dapatkan. Namun, intinya semua partisipan dalam penelitian ini memiliki keinginan untuk mendapatkan pelayanan yang ramah, informasi yang baik serta lingkungan yang baik. Berikut ungkapan partisipan 1, 3 dan 6 tentang hal tersebut :

“...orang penyakit dalem terus omelin saya,.... tapi orang bagian saraf tidak omelin saya. (P1)

“ ... makan lumayan, walau tidak ada rasa..., enak juga karena orang sakit kali..., tempatnya itu loh sumpek, pengap,.. tidak nyaman tidak ada anginnya, udara panas, sempit, pengap, penuh juga satu kamar 6 orang, jadi tuh jadi bete nggak betah gitu,... susteranya yang senior judes, yang yunior tidak tuh , orangnya periang, yang judes ada senior ada dua yang judes, yang muda baik-baik semua, minta tolong lambat amat, kita minta tolong datangnya lama kita jadi kesel juga, fisioterapi tidak ada....., jarang dimandikan, mandi dengan keluarga, kalo makan hanya di berikan kita yang makan, ibu rasa suster itu datang buat tensi, ngasi obat, tidak pernah kasi penjelasan, apalagi tentang penyakitnya, tidak ada datang, hanya nyuntik, tidak ada latihan tangan, kaki, wong sekarang aja saya tidak ngerti kenapa ibu sekarang begini(P3).

Perawatnya tak perhatian ama saya.... datang nya tuh jarang .. .

kasi obat tuh langsung deh pergi....., (P6)

Berdasarkan pengalaman tentang pelayanan kesehatan yang sudah diperoleh para partisipan mengungkapkan kebutuhan mereka akan mutu pelayanan kesehatan. Diantaranya mereka mengungkapkan bahwa diperlukan pemberian pendidikan kesehatan dalam pelayanan kesehatan. Mereka menginginkan penjelasan tentang penyakitnya, pengobatan dan perawatannya yang bermutu sehingga mereka akan merasa lebih baik. Berikut ungkapan beberapa partisipan berkaitan dengan hal tersebut :

“Saya maunya dijelasin semua penyakit saya dari tensi tinggi sampai penyakit gula dan stroke.....kan jadi ngerti dan tau apa yang harus dilakukan (P1).

“Saya ingin dijelasin semua ya itu penjelasan cara pengobatan kok dapat obat trus pulang tak dijelsin apa-apa (P2).

“Harusnya dikasi tahu yang terbaik sehingga saya jadi tau dan pikiran saya lebih terbuka, namanya penyakit pasti ada perubahan,sampai sekarang saya tidak tahu apa itu sakit saya lalu mereka kerjakan apa juga tak tau (P4).

“Kita perlu penjelasan.... Ya penyakitnya, ya obatnya....dan lainnya deh...(P5)

“Ya mestinya dijelasin gitu tentang penyakitnya... kan bisa ngerti.. knapa kok susah yach... tak ada ngomongan tuh diam aja (P7)

Beberapa partisipan lainnya mengungkapkan hal penting berkaitan dengan kebutuhan pemberian pendidikan kesehatan yaitu tentang pengendalian pola hidup sehingga dapat menerapkannya di rumah. Partisipan mengharapkan adanya penjelasan tentang perubahan pola hidup yang harus dilakukan oleh pasien setelah mendapatkan serangan stroke. Dengan penjelasan ini diharapkan dapat dipahami mereka sehingga dapat dilakukan dirumah. Harapan partisipan terkait dengan perubahan pola hidup agar keadaannya tidak seperti sekarang dapat dilihat dari ungkapan beberapa partisipan berikut ini ;

“Dari tensi ke gula saya tau dari gula ke stroke saya tau. saya mau kendalikan tapi kadang saya manusia tak bisa misalnya kundangan disajikan makanan dan minuman yang enak..(P1)

“...ya penjelasannya itu kalo begini bagaimana kalo begitu bagaimana ya tak bisa,... jadinya saya kerjakan dirumah.....(P2)

“Harusnya dikasi tahu agar kita bisa mengikuti apa yang dapat dilakukan biar cepat sembuh (P4)

“....cara hidup agar bisa hidup dengan keadaan begini....pada intinya bagaimana cara mengatur hidup agar biasa hidup.....ya gitu..(P7)

Beberapa partisipan mengomentari perilaku para perawat ketika mereka memberikan pelayanan keperawatan. Beberapa dari mereka berkomentar bahwa sikap para perawat dalam melayani mereka adalah sedikit bicara, datang hanya melakukan tindakan tertentu kemudian pergi, tidak memberikan penjelasan dan sebagainya. Dari hal tersebut beberapa partisipan mengharapkan para perawat menyempatkan waktu untuk berkomunikasi dan menanyakan hal-hal yang mereka perlukan sehingga partisipan merasa lebih tenang dan nyaman berada di rumah sakit. Beberapa ungkapan partisipan yang menyokong hal tersebut adalah :

“...pelayanan.... dikasi obat trus pulang tak diberi apa-apa,... kan gemanaq yac ... harusnya di jelasin yach gitu yah apa bagaiman ..., (P2)

*“Harusnya dikasi tahu yang terbaik sehingga pikiran lebih terbuka,
namanya penyakit pasti ada perubahan, ambil darah untuk apa tidak
dikasi tahu, hasilnya harusnya dikasi tahu, (P3)*



BAB V

PEMBAHASAN

Pada bagian ini peneliti menguraikan tentang interpretasi hasil penelitian, keterbatasan penelitian dan implikasinya bagi keperawatan. Interpretasi hasil penelitian dilakukan dengan membandingkan berbagai temuan dalam hasil penelitian dengan konsep dan teori-teori yang mendasari atau berhubungan dengan fenomena studi ini dan hasil-hasil penelitian sebelumnya juga melengkapi pembahasan interpretasi hasil penelitian ini. Hasil perubahan ini juga akan dikaitkan dengan memberikan jawaban terhadap tujuan penelitian yang telah ditentukan dalam penelitian ini. Keterbatasan penelitian dibahas dengan membandingkan proses penelitian yang telah dilakukan dengan kondisi ideal yang seharusnya dicapai. Implikasi penelitian diuraikan sesuai dengan konteks yang dihasilkan dari hasil atau temuan penelitian dan diimplikasikan terhadap pelayanan, pendidikan dan penelitian keperawatan.

A. INTERPRETASI HASIL PENELITIAN

Penelitian ini menemukan 4 tema utama yang merupakan hasil dari penelitian ini. Tema-tema tersebut teridentifikasi untuk memberikan jawaban berdasarkan pada tujuan penelitian. Persepsi pasien paska serangan stroke tentang kapasitas dirinya (*being*) terkait dengan kualitas hidup teridentifikasi

pada tema pertama yaitu menjadi terbatas dalam melakukan aktifitas sehari-hari. Persepsi pasien paska serangan stroke tentang hubungannya dengan orang lain (*belonging*) terkait dengan kualitas hidup teridentifikasi pada tema ketiga yaitu berbagai respon psikologis terhadap kehilangan dan perubahan kontak sosial setelah menderita stroke. Persepsi pasien paska serangan stroke tentang makna hidup setelah mengalami stroke (*becoming*) terkait dengan kualitas hidup teridentifikasi pada tema kedua yaitu mengalami penderitaan ditengah-tengah keterbatasan dan kehilangan. Harapan partisipan paska serangan stroke terhadap asuhan keperawatan yang diberikan berkaitan dengan kualitas hidup teridentifikasi pada tema yang keempat yaitu setiap pasien stroke membutuhkan pelayanan kesehatan yang profesional.

1. Menjadi terbatas dalam melakukan aktifitas sehari-hari

Stroke terjadi akibat adanya oklusi atau perdarahan pada serebral. Hal ini akan menyebabkan terjadinya gangguan neurologis seperti kelemahan pada kaki atau tangan, gangguan bicara, gangguan memori dan lainnya. Gangguan tersebut akan berdampak pada kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti berjalan, melakukan kebersihan diri, berpakaian dan aktivitas keseharian lainnya. Kondisi ini dialami oleh semua partisipan dalam penelitian ini. Hal ini sama dengan laporan LeMone dan Burke (2008) yang mengatakan bahwa manifestasi klinik yang sering terjadi pada pasien paska serangan stroke adalah kelemahan pada alat gerak, penurunan kesadaran, gangguan penglihatan, gangguan komunikasi, sakit kepala dan gangguan keseimbangan. Tanda dan gejala

ini biasanya terjadi secara mendadak, fokal dan mengenai satu sisi serta dapat menjadi gejala sisa. Geoffrey, dkk. (2008) menemukan bahwa sebagian besar pasien paska serangan stroke memiliki keterbatasan gerak, gangguan penglihatan, gangguan bicara dan gangguan kognitif. Kehilangan kemampuan untuk bergerak ini terjadi pada pasien stroke hampir mencapai 80 % dari semua kasus. Ini akan memberikan implikasi terhadap kemampuan pasien untuk melakukan aktifitas lainnya.

Gangguan tersebut menyebabkan perubahan dalam kehidupan pasien paska serangan stroke. Perubahan yang terjadi diantaranya dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Aktivitas sehari-hari yang dijalani oleh pasien paska serangan stroke berkaitan erat dengan tingkat kerusakan atau gangguan neurologis yang tersisa setelah serangan stroke, bahkan ada pasien yang harus tergantung penuh dengan keluarga dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian ini, dimana beberapa partisipan mengatakan bahwa mereka tidak bisa berjalan dengan baik.

Adanya kelumpuhan (*hemiparese atau hemiplegia*) menyebabkan partisipan tidak dapat berjalan dengan sempurna. Beberapa partisipan mengatakan berjalan terseret-seret, berjalan miring sehingga sulit menentukan arah dan tujuan dari berjalan. Kekuatan motorik sangat mempengaruhi kemampuan pasien dalam berjalan atau bergerak. Hickey (1997) mengatakan bahwa kekuatan otot normalnya 5, bila terjadi

penurunan kekuatan otot maka pasien akan mengalami gangguan dalam melakukan mobilitas fisik dan aktivitas sehari-hari.

Beberapa partisipan juga mengatakan bahwa tidak bisa ngomong, ngomong sulit atau berat. Bicara merupakan alat komunikasi verbal yang pusatnya ada pada area *Broca's* dan *Wernicke's* (Hickey, 1997). Ada 4 tahapan proses pembentukan bahasa. Pertama informasi fisual diterima oleh girus angular di korteks asosiasi. Kedua informasi diteruskan ke area *Wernicke's*. Ketiga perintah bahasa diteruskan dari area *Wernicke's* menuju *area Broca's*, Disini perintah diterjemahkan menjadi pola-pola suara. Keempat pola-pola suara diteruskan ke motor korteks untuk mengaktifkan otot wajah, lidah, sehingga membentuk suara. Gangguan dapat terjadi yaitu ketidakmampuan membentuk bahasa dan ketidakmampuan memahami bahasa (Black & Hawks, 2005). Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian ini, dimana beberapa partisipan mengatakan tidak bisa berkomunikasi dengan baik sehingga malas untuk bicara dengan orang lain dan memilih untuk diam.

Perbedaan yang dirasakan oleh partisipan setelah serangan stroke yaitu susah untuk mengingat hal-hal tertentu atau kejadian yang telah lewat. Gangguan memori seperti ini terjadi akibat terganggunya fungsi luhur pasien akibat stroke (Hickey, 1997). Pasien akan mengalami kemunduran dalam mengingat dan menghitung. Bahkan gangguan yang paling berat pasien dapat mengalami kehilangan seluruh memori jangka panjang dan

jangka pendeknya sehingga pasien tidak mampu sama sekali untuk melakukan komunikasi akibat tidak memiliki kemampuan untuk mengingat kata-kata yang cukup berarti. Penelitian yang terkait dengan hal diatas yaitu penelitian Morrison dkk. (1998). Penelitian tersebut dilakukan pada 16 pasien tumor otak dengan metoda *exploratory design involving semi-structured interviews*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa salah satu tema yang didapat yaitu stigma tentang *Mind-Body Illness*, yang menyebabkan mereka terbatas dalam melakukan kehidupan sehari-hari. Menjadi terbatas dalam melakukan kehidupan sehari-hari akibat dari adanya tumor otak yang menyebabkan mereka mengalami kelumpuhan, gangguan pendengaran, bicara dan lainnya. Bahkan dari partisipan tersebut ada yang mengalami gangguan kognitif yang justru merasa dirinya tidak mampu melakukan semua aktivitas sehari-harinya.

2. Mengalami penderitaan dan perubahan makna hidup setelah serangan stroke

Pasien paska serangan stroke memungkinkan timbulnya keterbasan fisik dan fungsional serta kehilangan fungsi beberapa indera. Hal ini akan berdampak pada psikologis pasien dan pasien akan merasa menderita. Pada penelitian ini beberapa partisipan mengatakan bahwa terjadi perubahan makna hidup setelah mengalami stroke. Saat ini mereka mengatakan bahwa hidup tidak dihargai, hidup tidak diperhatikan dan hidup yang tidak berguna.

Ungkapan pasien tersebut menggambarkan bahwa pasien merasakan penderitaan psikologis. Penurunan status fisik dan status fungsional akan mempengaruhi persepsi pasien terhadap dirinya. Hal ini akan tereksprsikan melalui ungkapan pasien akan ketidakmampuannya dan bagaimana dirinya dapat berperan dan berhubungan dengan orang lain. Perbedaan antara sebelum dan sesudah menderita stroke juga dapat mempengaruhi persepsi pasien tentang makna hidupnya saat ini.

Terkait dengan hal ini, penelitian yang pernah dilakukan oleh Bays (2001) pada 13 pasien 3 bulan paska serangan stroke di *Teaching Hospital in a Central Canadian Metropolis*, melaporkan bahwa salah satu tema yang muncul adalah penderitaan pasien stroke akibat keterbatasan dan kehilangan. Lebih lanjut dalam penelitian tersebut dikatakan bahwa pasien setelah mendapatkan serangan stroke akan merasa bahwa hidupnya tidak berguna seperti sebelumnya.

Pernyataan partisipan yang senada dengan hasil penelitian tersebut yaitu bahwa pasien merasa dirinya tidak sekuat dulu, sebelum menderita stroke. Dulu masih bisa bekerja, beraktivitas dan produktif, sedangkan setelah menderita serangan stroke, semua berubah dan tidak bisa melakukan aktivitas tersebut. Penderitaan lain yang dirasakan oleh partisipan yaitu bahwa mereka hanya jadi beban keluarga yang semuanya berkaitan dengan beban psikologis pasien paska seranagan stroke.

Penelitian lain yang berkaitan dengan psikologis pasien paska serangan stroke yaitu Gupta, dkk. (2008) pada 30 pasien 3 bulan sampai 30 bulan paska serangan stroke di unit rehabilitasi neurologi rumah sakit di India melaporkan bahwa sebagian besar pasien menderita tekanan psikologis akibat adanya gangguan fisik seperti kelemahan alat gerak, gangguan bicara dan ingatan. Masalah psikologis yang dialami diantaranya stress dan depresi.

Respon penderitaan ini muncul kemungkinan terkait dengan mekanisme koping pasien. Koping adalah perubahan kognitif dan perilaku secara konstan untuk mengelola kebutuhan spesifik baik internal maupun eksternal sebagai sumber pertahanan seseorang (Lazarus & Folkman, 1984). Respon tiap individu terhadap stres tergantung dari karakteristik individu dan besarnya stressor. Dalam hal ini yang menjadi stressor adalah kelemahan fisik, keterbatasan fungsional dan gangguan komunikasi. Selanjutnya, penelitian oleh Sturm, dkk. (2004) pada 266 pasien 2 tahun paska serangan stroke, melaporkan bahwa kecacatan dan ketidakmampuan fungsional merupakan faktor penyebab munculnya penderitaan psikologis pada pasien yang berdampak pada kualitas hidupnya. Terjadi juga penurunan kualitas hidup pasien dengan gangguan fisik dan fungsional setelah menderita stroke. Penelitian lain oleh Patel, dkk. (2007), pada 397 pasien setelah 1 tahun menderita serangan stroke di rumah sakit di London, melaporkan bahwa keterbatasan fisik merupakan faktor penyebab terjadinya ketergantungan pada pasien. Dalam keadaan ketergantungan

tersebut pasien akan mengalami gangguan psikologis dan merasakan penderitaan yang mempengaruhi kualitas hidup pasien. Kualitas hidup pasien paska serangan stroke menurun setelah menderita stroke selama 1 tahun. Status fisik dan status fungsional pasien paska serangan stroke akan menurun.

3. Berbagai respon psikologis terhadap kehilangan dan perubahan kontak sosial setelah menderita stroke.

Berbagai respon emosi pasien paska serangan setroke bervariasi. Respon tersebut tergantung dari mekanisme koping pasien tersebut. Koping merupakan proses dimana individu berusaha mengatasi ketidaksesuaian antara tuntutan-tuntutan dengan sumber pada suatu keadaan yang mengakibatkan stres (Sarafino, 2002). Dalam menghadapi sumber stres individu akan melakukan strategi koping.

Strategi koping dibagi atas 2 jenis yakni *Emotion-Focused Coping* yang bertujuan untuk mengontrol respon emosional yang muncul dalam menghadapi stres, dan *Problem-Focused Coping* bertujuan untuk mengurangi stressor atau mengembangkan sumberdaya dalam menghadapi tuntutan tersebut. *Problem Emotion-Focused Coping* dilakukan dengan memperbaiki situasi melalui pembuatan perubahan atau tindakan tertentu. *Emotion-Focused Coping* meliputi proses pikir dan tindakan untuk memperbaiki distress emosional (Lazarus & Folkman, 1984). Kedua strategi ini dapat terjadi pada pasien paska serangan stroke.

Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian ini yaitu pasien paska serangan stroke mengungkapkan berbagai respon emosi yang berkaitan dengan kehilangan dan kontak sosial. Beberapa partisipan mengatakan bahwa mereka mengungkapkan emosinya melalui rasa malu dan memilih untuk diam. Hal ini terjadi karena pasien menggunakan metoda pertahanan diri yang disebut *Emotion-Focused Coping*. Akibat ketidakmampuan pasien dalam melakukan aktivitasnya dan pencapaian tujuan yang kurang baik sehingga partisipan mengungkapkan dalam respon emosi yaitu merasa malu.

Perasaan malu pada partisipan lebih diakibatkan oleh perubahan penampilan fisik dan keterbatasan fungsional. Penampilan fisik yang berubah dan disertai penurunan kemampuan fungsional menyebabkan perubahan penampilan peran dimasyarakat atau ditempat mereka bekerja. Hal ini akan menjadi faktor penyebab munculnya rasa malu pada beberapa partisipan dalam penelitian ini. Penelitian yang sama dengan hasil penelitian ini yaitu penelitian oleh Pilkington (1999). Penelitian tersebut menggunakan metoda *longitudinal and descriptive exploratory design*, pada 14 pasien paska serangan stroke. Penelitian tersebut melaporkan bahwa salah satu tema yang didapatkan yaitu respon emosi akibat keterbatasan dan kehilangan. Beberapa partisipan mengungkapkan perasaan malu akibat adanya perubahan dalam hidup mereka. Perubahan tersebut terjadi akibat adanya perjalanan penyakit stroke yang diderita oleh partisipan. Perasaan malu yang diungkapkan oleh beberapa partisipan

lebih merupakan ungkapan mereka akibat kecacatan dan gangguan komunikasi yang dialami oleh mereka.

Selanjutnya, beberapa partisipan mengatakan lebih sering marah saat setelah serangan stroke daripada sebelum sakit. Pengungkapan emosi yang lainnya yaitu marah. Perasaan marah terjadi akibat tidak terpenuhinya kebutuhan dan harapan. Dalam hal ini kebutuhan akan perhatian, kasih sayang dan bantuan sesuai dengan keterbatasannya. Perasaan marah ditujukan kepada dirinya sendiri yang tidak mampu melakukan aktivitas dengan baik dan orang lain seperti keluarga yang kurang memperhatikannya. Mereka menjadi lebih sensitif terhadap lingkungan dan diungkapkan dalam bentuk marah diantaranya ngomel sendiri dan perasaan kesal.

Ungkapan marah dapat pula dilakukan dalam bentuk bentakan, menghardik atau berkata kasar. Ungkapan lain yaitu perilaku amuk yang dapat merusak diri sendiri dan lingkungan. Partisipan dalam penelitian ini mengungkapkan emosi dalam bentuk kata-kata seperti ngomel sendiri dan perasaan kesal. Perasaan marah ditujukan kepada dirinya sendiri akibat ketidakmampuan mereka dalam melakukan aktivitas dengan baik seperti berjalan, makan dan berpakaian. Perasaan marah kepada orang lain lebih sering ditujukan kepada pasangan atau keluarga. Hal ini akibat terlambatnya dalam pemenuhan kebutuhan pasien oleh keluarga. Ungkapan emosi ini merupakan refleksi dari adanya krisis personal seperti yang dilaporkan dari penelitian Somerset, Sharp dan Campbell (2002)

Penelitian tersebut menggunakan metoda *grounded theory* pada 16 pasien yang mengalami multipel sklerosis yang dirawat di rumah sakit. Hasil penelitian tersebut melaporkan bahwa pasien dengan multipel sklerosis mengalami krisis personal akibat ketidakberdayaan mereka menghadapi penyakitnya. Beberapa partisipan mengalami gangguan fisik yang berdampak pada keadaan psikologisnya, dan mereka mengungkapkan dalam bentuk emosi. Ungkapan emosi partisipan diantaranya marah dan menyalahkan diri sendiri terhadap kondisi yang menimpa mereka. Hal ini senada dengan hasil penelitian ini, dimana beberapa partisipan merasa marah, ngomel sendiri yang semuanya ditujukan pada diri sendiri dan keluarga.

Ungkapan perasaan emosi lainnya yaitu perasaan terasing dari lingkungannya. Perasaan emosi ini diungkapkan oleh beberapa partisipan berkaitan ketarbatasannya dalam melakukan hubungan dengan lingkungan sosialnya. Kebanyakan partisipan mengatakan malas untuk keluar dan memilih di rumah saja. Bahkan ada partisipan sengaja memutuskan hubungan dengan teman-teman sekantornya. Hal ini sesuai dengan Geoffrey, dkk. (2008) yang mengatakan bahwa selain aspek fisik ditemukan pula bahwa pasien pasca serangan stroke mengalami gangguan psikologis seperti depresi, cemas, ketakutan dan menarik diri dari kehidupan sosial.

Perasaan ini terjadi akibat menurunnya kemampuan pasien dalam melakukan komunikasi. Karena komunikasi merupakan alat dalam melakukan hubungan dengan lingkungan sosial mereka. Beberapa partisipan mengalami gangguan pada area *Broca's* dan *Wernicke's*, yang berdampak pada ketidakmampuan pasien dalam membentuk bahasa. Pasien yang tidak bisa membentuk bahasa dengan sempurna akan merasa kesulitan dalam berkomunikasi. Akibatnya menjadi tidak berniat untuk berbicara dan lebih banyak menarik diri dari lingkungan mereka.

Disamping hal tersebut pasien akan merasa terasing dengan lingkungan mereka. Kebanyakan dari partisipan mengalami afasia motorik yaitu kesulitan membentuk bahasa verbal akibat terganggunya area *Broca's*. Partisipan kebanyakan mengungkapkan bahwa saat berbicara atau terasa berat untuk mengeluarkan suara. Ketika komunikasi dengan peneliti, partisipan dapat mengerti semua bahasa yang diucapkan oleh peneliti.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian oleh Lynon, dkk. (2008) pada 9 pasien stroke di Cicago, USA, melaporkan bahwa ada 4 tema yang dihasilkan dalam kaitannya dengan hubungan sosial yaitu dukungan sosial, komunikasi, kemandirian dan perubahan peran. Dalam penelitian tersebut kebanyakan partisipan mengungkapkan perasaan stress dalam melakukan hubungan sosial. Hal tersebut berkaitan dengan gangguan komunikasi dan menurunnya kemandirian pasien setelah menderita stroke. Penyebab lain didapatkan bahwa partisipan mengalami perubahan peran

akibat adanya kecacatan atau keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Pada intinya pasien dalam penelitian ini membutuhkan dukungan sosial dalam melakukan komunikasi dengan lingkungan sosial mereka.

4. Setiap pasien stroke membutuhkan pelayanan kesehatan yang profesional.

Pada penelitian ini telah teridentifikasi bahwa pasien paska serangan stroke membutuhkan pelayanan kesehatan berupa informasi, perubahan pola hidup dan komunikasi yang baik bagi pasien. Beberapa partisipan menginginkan penjelasan atau penyuluhan kesehatan berkaitan perubahan pola hidup yang mendukung proses penyembuhan dan bagaimana cara mengatasi keterbatasan fisik yang terjadi. Hal lain yang disorot oleh partisipan adalah tentang sikap pemberi pelayanan yang kurang baik terhadap pasien, dan mereka menginginkan pelayanan dari pemberi layanan yang lebih baik.

Pelayanan kesehatan termasuk keperawatan ini sesuai dengan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Deeny dan Mc Crea (1991), yaitu penelitian kualitatif dengan pendekatan *grounded theory* diperoleh hasil bahwa pemenuhan kebutuhan fisik yang lebih dominan dari pada kebutuhan psikologis dan sosial. Kebutuhan tersebut sering tidak teridentifikasi. Menurut mereka hal ini dikarenakan perawat mungkin kurang mempunyai keterampilan yang diperlukan untuk membangun

hubungan yang baik dengan pasien sehingga masalah-masalah psikologis dan sosial pasien kurang bisa tergali dengan baik. Hal ini akan berdampak pada pemecahan masalah psikologis pasien.

Penelitian lain yang terkait dengan pelayanan kesehatan yaitu penelitian oleh Rozmovits, Rose dan Ziebland (2004), mereka melakukan penelitian kualitatif tentang kebutuhan pasien setelah penanganan kanker kolorektal di rumah-rumah sakit yang memberikan pelayanan pada pasien kanker kolorektal. Melalui survei dan wawancara mendalam didapatkan bahwa 35 (70%) rumah sakit menyediakan secara detil rencana tindak lanjut perawatan dari penyakit tersebut. Dari semua rumah sakit tersebut yang memberikan pelayanan tindak lanjut, hanya 3 rumah sakit yang memberikan alternatif pilihan tentang tipe tindak lanjut.

Dalam penelitian ini kebanyakan partisipan menyoroti tentang berbagai kemungkinan yang akan terjadi pada diri mereka setelah menderita stroke. Pelayanan yang mereka dapatkan hanya pemberian obat tanpa penjelasan kelanjutan dari pengobatan tersebut. Kurang mendapatkan latihan fisik untuk meningkatkan kemampuan fungsional, kurang mendapat perhatian dalam aspek perubahan pola hidup saat setelah mereka dirumah. Dari hal tersebut mereka membutuhkan penjelasan yang terinci tentang aturan pengobatan, perawatan serta pengaturan pola hidup yang menunjang proses penyembuhan mereka termasuk pola perubahan hidup yang harus mereka lakukan dirumah.

Penelitian lain tentang pentingnya pemberian informasi seperti yang dilakukan oleh Sahay, Gray dan Fitch (2000) dengan pendekatan kualitatif. Mereka meneliti tentang persepsi dan kepuasan pasien tentang kualitas perawatan, informasi yang telah diterima, termasuk pembuatan keputusan dan manajemen jangka panjang dari penyakitnya di Klinik Pusat Kanker Regional di Toronto. Hasilnya secara umum pasien telah merasa puas. Tetapi beberapa pasien merasa tidak puas dengan informasi tentang manajemen jangka panjang penyakitnya. Mereka mengharapkan adanya kejelasan informasi tentang perawatan penyakitnya. Sama halnya dengan penelitian ini yang membutuhkan informasi yang lengkap dan rinci. Penelitian ini telah menyimpulkan pelayanan kesehatan yang profesional sebaiknya berasumsi bahwa pasien mempunyai kesulitan dalam mengelola penyakitnya dan mendiskusikan dengan pasien mengenai masalah yang dihadapinya.

B. Keterbatasan Penelitian

Berdasarkan proses penelitian yang dilalui, beberapa keterbatasan yang teridentifikasi antara lain :

1. Keterbatasan kemampuan peneliti sebagai instrumen utama. Penelitian ini merupakan pengalaman pertama bagi peneliti dalam melakukan penelitian kualitatif. Karena dalam penelitian kualitatif peneliti merupakan instrumen utama dalam pengumpulan data, maka kemampuan dan pengalaman peneliti dalam wawancara mendalam banyak mempengaruhi hasil yang didapat.

2. Pemilihan tempat dan situasi wawancara yang kadang kurang tepat dan kurang mendukung kebebasan partisipan untuk mengungkapkan perasaannya. Berdasarkan pengalaman peneliti wawancara yang dilakukan di rumah dan dihadiri oleh anggota keluarga yang lain, ada kesan partisipan menyembunyikan perasaannya bila ditanyakan mengenai dukungan keluarga terhadap partisipan. Ada keluarga yang malah memberikan informasi lebih banyak dari pada partisipan itu sendiri.
3. Hal lain yang menjadi keterbatasan dalam penelitian ini adalah semua partisipan dalam rentang umur 55-71 tahun yang merupakan usia pensiun dan pasien tidak bekerja lagi. Penelitian ini tidak bisa menggambarkan kualitas hidup pasien paska serangan stroke yang masih produktif dan umurnya dibawah 55 tahun. Pasien tersebut mungkin memiliki persepsi yang bervariasi tentang kualitas hidupnya.

C. Implikasi dalam Keperawatan

Temuan dalam penelitian ini memiliki beberapa implikasi bagi praktek, pendidikan dan penelitian keperawatan. Penelitian ini memberikan gambaran mendalam tentang persepsi pasien paska serangan stroke. Persepsi partisipan tentang kualitas hidupnya bervariasi dari keterbatasan fisik sampai dampaknya terhadap psikologis pasien paska serangan stroke. Penting bagi pasien untuk memperoleh penjelasan secara lengkap dan rinci mengenai perawatannya serta perubahan pola hidup. Implikasi dari setiap komponen tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Bagi praktek keperawatan

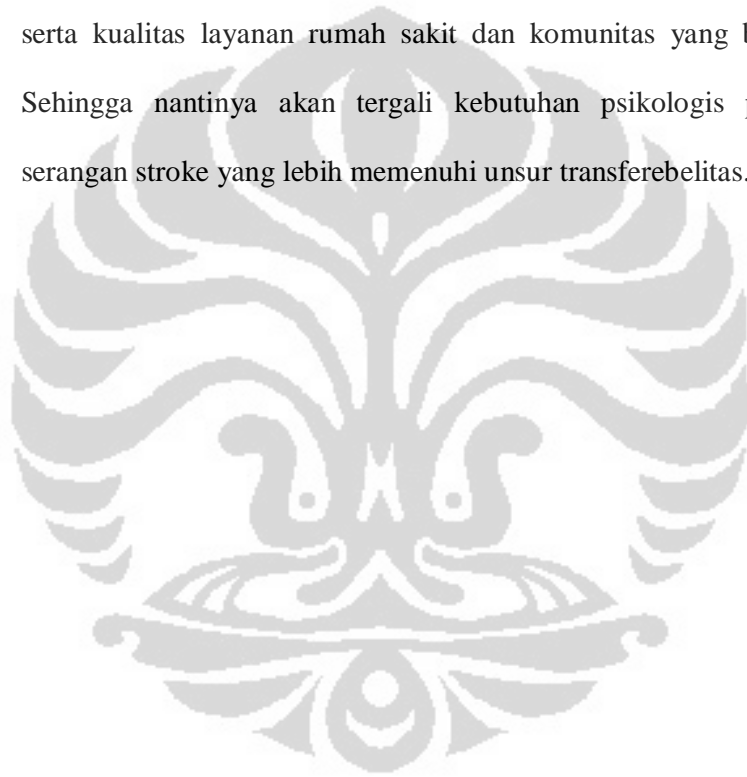
Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan harus didasarkan pada pengkajian yang benar tentang fisik dan psikologis pasien. Diperlukan kemampuan komunikasi dan sikap empati perawat untuk mampu menjalin hubungan dengan pasien, sehingga mampu menggali kebutuhan dan permasalahan yang dialami oleh pasien. Tema-tema yang muncul dalam penelitian ini dapat digunakan oleh perawat dalam mengkaji kebutuhan fisik dan psikologis pasien paska serangan stroke. Hal ini dapat digunakan oleh perawat baik yang berada di rumah sakit maupun perawat komunitas. Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan juga perlu memperhatikan sikap empati terhadap pasien. Perawat perlu meluangkan waktu untuk mendengarkan keluhan pasien sehingga pasien merasa diterima dan dapat mengungkapkan keluhannya secara jujur.

2. Bagi pendidikan keperawatan

Penelitian ini dapat menjadi landasan dalam mengembangkan materi pembelajaran dalam asuhan keperawatan pada pasien paska serangan stroke. Dalam penelitian ini diperoleh tema yang berkaitan dengan kondisi psikologis pasien akibat serangan stroke. Melalui penelitian ini dapat dikembangkan tentang format dan metoda pengkajian keperawatan khususnya mengenai kebutuhan psikologis pasien umumnya dan pasien paska serangan stroke khususnya. Sehingga asuhan keperawatan yang diberikan menjadi holistik dan komprehensif.

3. Bagi penelitian keperawatan

Implikasi terhadap penelitian keperawatan juga terkait dengan penelitian ini. Dalam penelitian ini terdapat 4 tema yang berkaitan dengan kualitas hidup pasien paska serangan stroke. Keempat tema ini dapat dijadikan landasan atau data dasar bagi penelitian selanjutnya. Perlu dikembangkan tema-tema yang ada melalui perluasan variasi partisipan dan wilayah serta kualitas layanan rumah sakit dan komunitas yang berbeda-beda. Sehingga nantinya akan terdapat kebutuhan psikologis pasien paska serangan stroke yang lebih memenuhi unsur transferebelitas.



BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

Penelitian ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran dan pemahaman secara mendalam tentang persepsi pasien paska serangan stroke tentang kualitas hidupnya dalam konteks asuhan keperawatan. Tema-tema yang teridentifikasi memperlihatkan bahwa persepsi pasien paska serangan stroke mengarah pada kehilangan kemampuan dalam pemenuhan kebutuhan psikologis sebagai akibat dari ketidakmampuan fisik dan penurunan status fungsional pasien sehingga mempengaruhi kualitas hidupnya.

A. Simpulan

Berdasarkan temuan-temuan dari penelitian ini diperoleh kesimpulan sebagai berikut :

1. Paska serangan stroke menjadikan partisipan terbatas dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Keterbatasan yang banyak diungkapkan oleh partisipan meliputi kehilangan kemampuan untuk bergerak dan berjalan, kehilangan kemampuan berbicara dan mengingat.
2. Pasien setelah mendapatkan serangan stroke merasakan penderitaan ditengah-tengah keterbatasan dan kehilangan. Penderitaan dalam hal ini

adalah penderitaan psikologis diantaranya merasa tidak berguna, tidak diperhatikan dan tidak dihargai.

3. Berbagai respon emosi dirasakan oleh partisipan setelah menderita stroke. Persepsi tersebut muncul akibat adanya keterbatasan baik fisik maupun fungsional. Respon tersebut diantaranya malu, marah dan isolasi diri.
4. Setiap partisipan membutuhkan pelayanan kesehatan yang profesional. Pelayanan kesehatan yang dibutuhkan meliputi asuhan keperawatan yang bermutu untuk mengurangi ketidakmampuan fisik dan kecacatan, pendidikan kesehatan, informasi dan komunikasi dengan pasien.

B. Saran

1. Bagi pelayanan keperawatan medikal bedah
Diperlukan peningkatan pelayanan yang lebih baik lagi terutama dalam hal pemberian informasi dan komunikasi, pendidikan kesehatan, dengan pasien. Pelayanan keperawatan yang diberikan meliputi pelayanan untuk memperbaiki kondisi fisik secara professional dan standard saat pasien dirawat untuk mencegah bertambah beratnya gejala sisa berupa gangguan fungsional tubuh saat pasien pulang. Hal ini menjadi sangat penting mengingat dalam penelitian ini terbukti bahwa penurunan kualitas hidup pasien lebih terjadi sebagai akibat dari gangguan fisik dan fungsional. Hal lain yang saat ini harus menjadi perhatian yang lebih besar adalah memberikan informasi yang tepat dan lengkap terkait dengan apa yang mereka alami dan akan terjadi pada mereka. Ini penting karena akan menimbulkan efek proses menerima lebih cepat. Untuk menjaga kualitas

hidup mereka peran pendidikan kesehatan menjadi sangat penting. Pendidikan dan latihan bertujuan untuk meningkatkan pemahaman proses penyakit, penanganan dan perubahan-perubahan pola hidup yang sesuai. Pendidikan lainnya adalah materi terkait dengan mekanisme coping, mengendalikan marah dan mengurangi kecemasan. Sedangkan latihan dapat di titik beratkan pada peningkatan kemampuan pasien untuk hidup sehari-hari secara optimal dan semandiri mungkin sesuai dengan keterbatasan yang mereka alami. Kemampuan ini hendaknya diberikan dengan baik dan menyangkut semua aspek perawatan pasien paska serangan stroke termasuk perubahan pola hidup.

2. Bagi institusi pendidikan keperawatan

Meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan peserta didik dalam merawat pasien paska serangan stroke. Meningkatkan kemampuan peserta didik untuk melakukan asuhan keperawatan yang bermutu terutama terkait dengan kualitas pasien paska serangan stroke meliputi penanganan keterbatasan dalam melakukan aktifitas sehari-hari, penanganan penderitaan dan perubahan makna hidup setelah mengalami stroke, respon psikologis dan perubahan kontah social dan pemberian pelayanan yang professional bagi pasien paska serangan stroke. Ini dilakukan agar dapat mengurangi ke tidakmampuan dan kecacatan karena ketidakmampuan ini berakibat gangguan respon psikologis yang sangat besar. Kemampuan khusus yang harus ditingkatkan adalah pengkajian psikologis dan pemenuhan kebutuhan psikologis pasien.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Perlu diadakannya penelitian lebih lanjut tentang kualitas hidup pada pasien paska serangan stroke dengan rentang umur di bawah 50 tahun yang masih produktif dengan jumlah partisipan yang lebih bervariasi dari segi pekerjaan dan pendidikan. Dengan demikian hasil penelitiannya akan memberikan gambaran yang lebih luas tentang kualitas hidup pasien paska stroke.



DAFTAR PUSTAKA

- Ahlsio, B., Britton, M., Murray, V dan Theorell, T. (2008). Disablement and quality of life after stroke, <http://stroke.ahajournals.org>, diperoleh tanggal 27 Februari 2009
- Ahmad, Sitti Airiza, (2000). Stroke di Indonesia. <http://www.pdpersi.co.id>, diperoleh tanggal 11 Agustus 2008.
- Ayatollahi, P., Nafissi, S., Eshraghian, M., Kaviani, H., dan Taraxi, A. (2007). Impact of depression and disability on quality of life in Iranian patients with multiple sclerosis, <http://online.segepub.com>, diperoleh tanggal 25 Maret 2009
- Bader & Littlejohns (ed), (2004). *American association of neuroscience nurse core curriculum for neuroscience nursing*. edisi keempat, St. Louis : Elsevier, Inc.
- Bays, T. dan Cathy, L. (2001). *Quality of life of stroke survivors*, <http://allbusiness.com>, diperoleh tanggal 25 Maret 2009),
- Bays, C.L. (2001). *Quality of life of stroke survivors : a research synthesis*, Publication: <http://www.allbusiness.com/journal-neuroscience-nursing/>, diperoleh tanggal 25 Juni 2009.
- Black, M.J & Hawks, H.J. (2005). *Medical-surgical nursing: clinical management for positive outcome*. (7th ed). St.Louis: Elsevier Inc.
- Bungin, B. (2003). *Analisis Data Kualitatif : Pemahaman Filosofi dan metodologis kearah penguasaan model aplikasi*, Jakarta : Raya Grafindo Persada
- Carpenito, J.L. (1997). *Application to clinical practice*. (7th ed). Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
- Castro, A. J., Marchut, M.P., Neafsey, E.J., & Wurster, R.D. (2002). *Neuroscience an outline approach*. Philadelphia : Mosby
- Cella, D. (1998). *Quality of life*. New York : Oxford University Press.

- Corring, D.J., dan Cook, J.V. (2007). Use of qualitative methods to explore the quality of life construct from a consumer perspective, <http://psychcervices.psychiatryonline.org>. diperoleh tanggal 27 Februari 2009
- Craven, F.R, & Hirnle, J.C. (2007). *Fundamentals of nursing: Human health and function*. (5th ed). Philadelphia: Lippincott william & Wilkins.
- Creswel, J.W. (1998). *Qualitative inquiry and research design*. London : Sage Publications
- Danim,S. (2003). *Menjadi Peneliti Kualitatif*, Jakarta : Rineka Cipta
- David, Osoba. (2004). The Concept of Quality of Life in Oncology http://www.doiserbia.nbs.bg.ac.yu/ft.aspx?id=0354-731004_031660, diperoleh tanggal 27 Februari 2009
- Dochterman, J.M., dan Bulechek, G.M., (2004). *Nursing intervention clasification*. (4th ed), St Louis : Mosby
- Draver, T. (1997). *Nursing Perspectives on Quality of Life*, USA : Routledge.
- Edward, C. F., Melzer, D.O. (2007). Quality of life on diabetic patients http://proquest.umi.com/pqdweb?index=9&did_s, diperoleh tanggal 27 Februari 2009
- Fisher, M. & Bogousslavsky, J. (1999). *Current review of cerebrovascular disease*. edisi ketiga, Philadelphia : Current Medecine, Inc.
- Forsberg. W. dan Blomstrand, C. (2004). Psychological well-being of spouses of stroke patients during the first year after stroke, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>, diperoleh tanggal 6 Maret 2009
- Geoffrey, A.D., Marc, F., Malcolm, M., dan Stephen, M.D., (2008). Stroke, <http://proquest.umi.com/pqdweb?>, diperoleh tanggal 4 Maret 2009
- Gupta, dkk. (2008); *Quality of life and psychological problems in patients undergoing neurological rehabilitation*, <http://www.annalsofian.org>, diperoleh tanggal 25 Juni 2009),
- Hackett, M.L., Duncan, J.R., Anderson, C.S., Broad, J.B dan Bonita, R. (2007). Health related quality of life among long term survivors of stroke, <http://stroke.ahajournal.org>, diperoleh tanggal 27 Februari 2009
- Hampton, N.Z. & Qin-Hilliard, D.B. (2004). Demensions of quality of life for Chinese adults with spinal cord injury: A qualitative study, <http://www.informaworld.com>, diperoleh tanggal 7 Maret 2009
- Hickey, V.J. (1997). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing*. (4th ed). Philadelphia: Lippincott william & Wilkins.

- Ignatavicius, D.D & Workman, M.L. (2006). *Medical-surgical nursing: Critical thinking for collaborative care*. St.Louis: Elsevier Inc.
- Jarvis, C. (2000), *Physical examination and health assessment.*, 3th ed, Philadelphia, WB Saunders Company.
- Lazarus, R. dan Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York : Springer Publishing Company.
- Lemone, P & Burke, M.K. (2008). *Medical-surgical nursing: Critical thinking in client care*. St.Louis: Cummings Publishing Company Inc.
- Lewis, D., Heitkemper, L & Dirksen, V. (2000). *Medical Surgical Nursing : Assessment and Management of Clinical Problem*, St. Louis, Missouri : Mosby, Inc.
- Lynch, E.B., Butt, Z., Nowinski, C.J., Heinemann, A. dan Victorson, D. (2008). Qualitative study of quality of life after stroke the importance of social relationships, <http://stroke.ahajournals.org>, diperoleh tanggal 27 Februari 2009
- Lynon, E.B., Butt, Z., Heinemann, A., Victorson, D., Nowinski, C.J., Perez, L., dan Cella, D. (2008). A qualitative study of quality of life after stroke: The importance of social relationships, *J Rehabil Med* 2008; 40: 518–523
- Lynon, dkk. (2008); *A qualitative study of quality of life after stroke: The importance of social relationships*, *J Rehabil Med*.
- Marcel, P., Port, I.V., Maas, C., Forstberg, G., Lindemen, E. (2008). Psychological symptoms and personality characteristics affect quality of life after stroke, <http://www.americanhearth.org>, diperoleh tanggal 7 Maret 2009
- Miles, and Huberman. (1992). *Analisa Data Kualitatif*, Alih Bahasa Tjetjep R.R, Jakarta : UI – Press
- Misbach & Kalim, (2006). *Stroke mengancam usia produktif*. <http://www.medicastore.com>, diperoleh tanggal 11 Agustus 2008
- Moleong, L.J. (2006). *Metodologi penelitian kualitatif*. Edisi revisi, Bandung : PT Rosdakarya
- Moorhead, S., Johnson, M., dan Maas, M. (2004). *Nursing outcome clasification*. 3rd ed, St Louis : Mosby
- Morrison, M.M., Ferrel, B.R., Broaddus, W.C., dan Gammon, D., (1998). *The brain tumor experience and quality of life: a qualitative study*, <http://www.entrepreneur.com>, diperoleh tanggal 2 Juli 2009.

- Niemi, M.L., Laaksonen, R., Kotila, M. dan Waltimo, O. (1988). Quality of life 4 years after stroke, <http://stroke.ahajournal.org>, diperoleh tanggal 27 Februari 2009
- Nortje, T & Menon, J. (2004). *Applied cerebrovascular physiology*. <http://www.Elsivier.com>, diperoleh tanggal 27 Agustus 2008
- Nthabiseng A. P., Sarie, H., Sibusiso B., Elsie B., Innocent, M. H., Nonhlanhla, A. S. (2005). Quality of Life and the Concept of "Living Well" With HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa. <http://www.blackwell.synergy.com>, diperoleh tanggal 22 Februari 2009
- Patel, M.D., McKeivitt, C., Lawrence, E., Rudd, A.G. dan Wolfe, C.D.A. (2007). Clinical determinants of long-term quality of life after stroke, <http://ageing.oxfordjournal.org>, diperoleh tanggal 27 Februari 2009
-, dkk. (2007); *Clinical determinants of long-term quality of life after stroke*, <http://ageing.oxfordjournals.org>, diperoleh tanggal 25 Juni 2009.
- Pilkington, Beryl. (1999). A qualitative study of life after stroke, <http://www.allbusinner.com>, diperoleh tanggal 20 Maret 2009
- Pollit, D.F. & Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research : methods, appraisal and utilization* (6th ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins
- Rosenbaum, P. (1998). Quality of life. <http://www.canchild.ca/Default.aspx?tabid=126>, diperoleh tanggal 27 Februari 2009
- Sarafino, E.P. (2002). *Health psychology*. (2nd Ed.). New York : Jhon Wheley and Son's.
- Smeltzer, C.S., & Bare, R. (2008). *Brunner & suddarth's texbook of medical-surgical nursing*. (11th ed). Philadelphia: Lippincott and Wilkins.
- Stommel, T and Wills, W. (2004). *Clinical Research Concepts and Principles for Advanced Practice Nurse*, New York : Lippincott Williams & Wilkins
- Stroke center. (2007). Defenition of Stroke, <http://www.strokecenter.org/patients/stats.htm>, diperoleh tanggal 10 Februari 2009
- Strubert, H.J. & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative Research in Nursing*. 3rd edition, Sydney : Lippincott Williams & Wilkins
- Sturm, J.W., Donnan, G.A., Dewey, H.M., Macdonell, R.A.L., Gilligan, A.K., dan Srikanth, V. (2004). *Quality of life after stroke*, <http://stroke.ahajournals.org>, diperoleh tanggal 25 Juni 2009
- Sugiono. (2005). *Metode penelitian kualitatif*. Bandung : CV Alfabeta

- Somerset, Sharp dan Campbell (2002); *Multiple sclerosis and quality of life: a qualitative investigation*, <http://jhrsp.rsmjournale.com>, diperoleh tanggal 3 Juli 2009.
- The Centre for Health Promotion. (2007). *Quality of Life*, <http://www.utoronto.ca/qol/>, diperoleh tanggal 27 Februari 2009
- Watson. (2006). *Transpersonal Caring and The Caring Moment Defined*, dalam <http://www2.uchsc.edu/son/caring/content/jwblo.asp>, diperoleh tanggal 20 Maret 2009
- Wig, N. L., Pal, H., Ahuja, V., Mittal, C., Mohan, & Agarwal, S. (2006). *The Impact of HIV/AIDS on the Quality of Life: A cross sectional study in North India* <http://www.indianjmedsci.org/article.asp?issn=0019-5359;year=2006>; diperoleh tanggal 24 Februari 2009.



Lampiran 1

SURAT PENGANTAR PARTISIPAN

Kepada

Yth :

di

Dengan hormat,

Kami **I Made Kariasa**, NPM : **0706254462**, adalah mahasiswa Program Pasca Sarjana kekhususan Keperawatan Medikal Bedah, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk berpartisipasi dalam penelitian saya dengan judul ” **Persepsi Pasien Paska Serangan Stroke terhadap Kualitas Hidupnya Dalam Perspektif Asuhan Keperawatan**”, partisipasi ini sepenuhnya sukarela. Bapak/Ibu boleh memutuskan untuk berpartisipasi atau menolak, tanpa ada konsekuensi atau dampak apapun.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk meningkatkan pelayanan keperawatan pasien paska serangan stroke yang kejadiannya cukup tinggi di masyarakat. Oleh karena itu diharapkan informasi yang mendalam dari pengalaman Bapak/Ibu. Penelitian ini tidak menimbulkan risiko apapun terhadap Bapak/Ibu. Jika Bapak/Ibu merasa tidak nyaman selama wawancara, dapat memilih untuk tidak menjawab pertanyaan yang diajukan peneliti atau mengundurkan diri dari partisipan.

Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi dan menghargai hak Bapak/Ibu dengan cara menjamin kerahasiaan identitas dan data yang diperoleh baik dalam pengumpulan data, maupun dalam penyajian laporan penelitian. Semua hasil catatan atau data akan dimusnahkan setelah penelitian selesai dilaksanakan.

Saya sangat menghargai kesediaan Bapak/Ibu menjadi partisipan dalam penelitian ini. Untuk itu saya mohon kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi partisipan. Atas perhatian, kerjasama dan kesediaannya menjadi partisipan, saya mengucapkan terima kasih banyak.



Depok, Mei 2009

Peneliti

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN

Setelah membaca dan mamahami surat saudara I Made Kariasa, NPM : 0706254462, mahasiswa Program Pasca Sarjana Spesialis Keperawatan Medikal Bedah, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, serta mendapat penjelasan tentang maksud penelitiannya, maka saya bersedia menjadi partisipan penelitian dengan judul :

”Persepsi Pasien Paska Serangan Stroke terhadap Kualitas Hidupnya Dalam Perspektif Asuhan Keperawatan”,

Demikian pernyataan persetujuan ini saya tanda tangani dengan sukarela tanpa ada paksaan dari siapapun

Depok, Mei 2009

Partisipan

Peneliti

.....

I Made Kariasa, S.Kp.

Lampiran 3

Panduan Wawancara

1. Gangguan /kelemahan seperti apa yang bapak/ibu alami saat ini (saat setelah serangan stroke)
 - a. Gangguan fisik seperti apa yang bapak/ibu alami
 - b. Gangguan psikologis : sedih, malu, cemas, takut, bingung, lupa kejadian
 - c. Gangguan berhubungan dengan orang lain; malu bertemu,tidak bisa bepergian....
2. Dengan gangguan seperti ini kebiasaan hidup seperti apa yang bapak/ibu alami untuk kebiasaan hidup sehari hari seperti : (belonging)
 - Fisik : makan, mandi, kegiatan sehari-hari lainnya, berjalan, ke kamar mandi, berpakaian, berdandan,
 - Psikologis : perasaan malu dengan penampilan diri, kemampuan komunikasi ; seperti mengingat, menyampaikan pendapat, menjawab pertanyaan, kemampuan untuk mengontrol diri ; emosi, adaptasi,
 - Spiritual ; kejadian yang dialami dilihat dari pandangan agamanya dan kepercayaannya., bagaimana menjalankan ibadah
3. Dengan gangguan ini kebiasaan yang bapak ibu rasakan berubah terkait dengan berhubungan dengan orang lain seperti :
 - Bagaimanan dengan pekerjaan saat ini dan apa ada pengaruhnya dengan gangguan saat ini. Apakah ada rasa malu dengan teman sekerja, lalu tidak mau bekerja ditempat yang sama karena merasa minder, takut ditertawakan, takut di ejek, atau
 - Bagaimana berhubungan dengan keluarga ; apa ada rasa malu, rasa membebani, merepotkan ...
 - Apa ada perubahan keinginan untuk berhubungan dengan tetangga atau teman-teman dekat akibat gangguan yang dialami saat ini.
 - Bagaimana berhubungan dengan masyarakat sekitar, lebih luas dari sekedar tetangga.
 - Apa ada kehilangan keakraban atau perhatian keluarga setelah serangan ini, apa ada perubahan sikap orang-orang terdekat, apakah perubahan tersebut adalah lebih memberikan dukungan atau malah sebaliknya tambah cuek atau tidak perhatian.
 - Apa ada kesenangan yang biasanya hilang akibat serangan ini
4. Apa tujuan hidup, harapan hidup bapak saat ini (setelah serangan ini), bagaimana hal tersebut bisa di capai

Kualitas hidup ada dua yaitu :

- a. Kualitas hidup membaik/baik yaitu : perasaan hidup yang nyaman, lebih baik, lebih enak, lebih puas, nyaman secara fisik, psikologis (perasaan), merasa keinginan terpenuhi, tidak merasa sakit fisik, mental
 - b. Kualitas hidup buruk sebaliknya ; perasaan tidak enak, tidak nyaman, merasa takut, cemas, tidak bisa melakukan hidup sehari-hari, membebani keluarga dan sebagainya. Tidak mampu melakukan apa yang harusnya dapat dilakukan untuk membantu diri sendiri.
5. Berdasarkan penjelasan diatas menurut bapak/ibu kualitas hidup yang bapak/ibu rasakan saat ini seperti apa. Kalau baik alasannya apa? Kalau buruk alasannya apa ?. Lalu kalau buruk bagaimana bapak/ibu melihat kualitas hidup bapak/ibu saat ini.
 6. Apa yang memberikan kepuasan hidup bapak/ibu saat ini, bagaimana perasaan bapak/ibu tentang kepuasan yang bapak sebutkan itu
 7. Apa yang membuat ketidakpuasan hidup bapak saat ini, bagaimana perasaan bapak/ibu tentang kualitas hidup tersebut
 8. Apa harapan bapak/ibu terkait dengan kepuasan hidup saat ini atau nanti
 9. Bapak/ibu pernah dirawat dirumah sakit karena penyakit ini (stroke) Bagaimana pengalaman bapak/ibu tentang pelayanan kesehatan/pelayanan keperawatan yang bapak terima?
 10. Pelayanan keperawatan seperti apa yang bapak/ibu dambakan/harapkan , apakah bapak tahu bantuan seperti apa yang harusnya perawat lakukan untuk bapak/ibu diruang rawat.
 11. Apakah ada hal-hal yang bapak /ibu ingin sampaikan terkait dengan kualitas hidup dan asuhan keperawatan yang di harapkan

Lampiran 4

RIWAYAT HIDUP

- Nama : I Made Kariasa
- Lahir : Gianyar, 6 Desember 1966
- Alamat : Permata Depok C1 /27, Pancoran Mas, Depok
Telp : 021 7760370
- Pendidikan :
- SD : Sekolah Dasar Negeri 2 Payangan Gianyar (1980)
 - SMP : Sekolah Menengah Pertama 1 Payangan Gianyar (1983)
 - SMU : Sekolah Menengah Atas Negeri 21 Jakarta (1986)
 - S1 : S1 Keperawatan UI (1991)
 - PG : Post Graduate Sert. in ICU, Queen Elizabeth Hospital Australia (1997)
- Organisasi : Ketua Alumni FIK UI 1999 – 2002
Pengurus Pusat PPNI 2000 – 2004
- Pengalaman Kerja :
- Staff Pengajar FIK UI Bagian KMB (1991–sekarang)
 - CI Klinik neurologi (1994–sekarang)
 - Kepala Bagian Keperawatan Medikal Bedah FIK UI (2000 – 2004)
 - Manejer LIT, Pengmas, Ventura FIKUI (2004 – 2008)
 - Menjadi Narasumber dlm berbagai kegiatan seminar
 - Anggota penyusun tenaga perawat-bidan Depkes RI
 - Pengajar tamu dalam beberapa pendidikan keperawatan di Indonesia

PERSEPSI PASIEN PASKA SERANGAN STROKE TERHADAP KUALITAS HIDUPNYA DALAM PERSPEKTIF ASUHAN KEPERAWATAN

Oleh : DR. Ratna Sitorus, S.Kp., M.App.Sc. *, Yati Afiyanti, S.Kp., MN, * dan I Made Kariasa**

Stroke is a clinical syndrome to be in the form of focal neurologic disorder with sudden accident which caused by disruption of cerebral blood flow. Neurologic deficit as a result of disruption blood flow could be physical and functional disruption, for example; disability to move and walk, memories and communication disturbances and others.

This study employed descriptive phenomenology design and data were collected by in- depth interview. Partisipants were individual with post stroke collected by purposive sampling. Data gathering were in interview recording and field note form, then transcribed and analyzed by Collaizi,s analysis method. This study identified 4 themes included : 1) become limited in performing daily activities ; 2) Feel suffering and change meaning of life because of physical limitation and losses; Varies psychologic responses to losses and social contacs decline after stroke; and 4) Everypost stroke patients needs profesional health care. The results revealed that post stroke patients underwent a prolong physical dan functional disability in their life. This condition brought to pshycological respons that lead to change their quality of life. This results would be expected to provide an understanding about quality of life of post stroke patients, therefor it needed to develop nursing care profesional.

Key words : stroke; patient ; physical disability, functional disruption and pshycologics respons; quality of life ; nursing care.

* Dosen Fakultas Ilmu Keperawatan,

** Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah

LATAR BELAKANG

stroke adalah *syndrome* neurologis dengan karakteristik defisit neurologis tanpa adanya kejang akibat kelainan peredaran darah serebral dan berlangsung selama 24 jam atau lebih (Hickey, 1997). Stroke di Indonesia merupakan penyakit nomor tiga yang mematikan setelah jantung dan kanker. Menurut survei tahun 2004, stroke merupakan pembunuh nomor satu di Rumah Sakit Pemerintah di seluruh penjuru Indonesia. Diperkirakan ada 500.000 penduduk yang terkena stroke. (Misbach & Kalim, 2006)

Tingginya angka kematian dan kecacatan yang disebabkan oleh stroke berkaitan dengan proses patofisiologi yang terjadi dalam jaringan serebral. Penurunan aliran darah ke serebral/*cerebral blood flow (CBF)* dapat mempengaruhi hemodinamik serebral. Hemodinamik serebral dipengaruhi oleh pembuluh darah serebral dan *CBF*. Tubuh dalam keadaan normal, secara kontinyu mempertahankan *CBF* sebesar 20% *cardiac output (CO)*. *CBF* normal berkisar antara 50 sampai 55 ml per 100 g per menit (Castro, Marchut, Neafsey & Wurster, 2002).

Perubahan aliran darah otak menyebabkan terjadinya gangguan pada sistem saraf pusat dan saraf kranialis. Gangguan tersebut dapat menyebabkan terjadinya kecacatan permanen pada alat gerak berupa kelumpuhan. Perubahan fisik seperti yang sering dialami pasien adalah kelumpuhan sebagian alat gerak, kehilangan kemampuan menelan, gangguan kognitif, dan gangguan psikologis (Black & Hawks 2005).

Hal ini akan berdampak pada kemampuan pasien dalam melakukan kegiatan sehari-hari

seperti makan, berpakaian dan kebersihan diri dan lainnya. Ketidakmampuan ini dapat dialami oleh pasien paska serangan stroke mulai tiga bulan sampai satu tahun atau lebih.

Kondisi tersebut akan mempengaruhi psikologis pasien stroke. Psikologis pasien stroke bervariasi sesuai dengan penerimaan dan pemahaman pasien terhadap dirinya. Salah satu kondisi psikologis yang terpengaruh berkaitan dengan status fisik pasien setelah serangan stroke adalah kualitas hidup (Hickey, 1997). Kualitas hidup merupakan pernyataan yang abstrak dan konsep multidimensi. Kualitas hidup merupakan terbebas dari nyeri, mampu untuk melakukan aktivitas sehari-hari dan berjuang untuk hidup (Wig et al, 2006)

Kualitas hidup meliputi berbagai aspek kehidupan yang dikelompokkan menjadi tujuh kategori yang berkaitan dengan gejala fisik. Gejala fisik tersebut diantaranya nyeri, kemampuan fungsional seperti aktivitas, kesejahteraan keluarga, kesejahteraan emosi, kepuasan terapi, masalah finansial, seksualitas dan lainnya (Cella, 1998). Kualitas hidup merupakan salah satu indikator keluaran keberhasilan perawatan pasien stroke. Ahlsio, et al (2008) menemukan bahwa kecacatan paska serangan stroke mempengaruhi kualitas hidup pasien. Semua hasil penelitian di atas menunjukkan bahwa kualitas hidup pasien paska serangan stroke sangat beragam dengan beberapa domainnya. Kualitas hidup pasien paska serangan stroke sangat penting untuk digali sehingga dapat menentukan program antisipasi dan meningkatkan hasil rehabilitasi pasien paska serangan stroke. Penelitian kualitas hidup pada pasien stroke di Indonesia sejauh ini belum banyak yang melakukan. Untuk itu penelitian ini akan mempelajari secara mendalam tentang berbagai persepsi

pasien paska serangan stroke terhadap kualitas hidup

METODOLOGI

Penelitian ini mengenai pengalaman pasien paska serangan stroke terhadap kualitas hidupnya dalam perspektif asuhan keperawatan. Studi ini menggunakan rancangan kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Pendekatan ini dipilih agar pengalaman partisipan dapat dieksplorasi menjadi lebih terungkap sehingga gambaran pengalaman pasien paska stroke tentang kualitas hidupnya dapat tergambar secara nyata. Selain itu, penelitian ini melakukan eksplorasi, analisis dan deskripsi secara langsung fenomena pengalaman para pasien yang bercerita tentang kualitas hidup mereka paska serangan stroke dengan sebebaskan mungkin dari sebuah intuisi yang tidak bisa diukur secara langsung (Spiegelberg, 1975, dalam Strubert & Carpenter, 2003).

Proses dimulai dengan wawancara mendalam dan ditambah catatan lapangan (*field note*). Kemudian dengan melakukan proses telaah dan katagorisasi ditemukan tema-tema sesuai dengan hasil wawancara yang dilengkapi dengan catatan lapangan (*field note*).

Partisipan mengungkapkan semua pengalaman hidupnya secara bebas kepada peneliti, selanjutnya peneliti menganalisis setiap pernyataan partisipan. Pada kegiatan wawancara, peneliti telah berusaha untuk masuk secara total dengan fenomena yang ada dengan partisipan dalam rangka mengeksplorasi pengalaman partisipan terkait dengan pengalaman perubahan kualitas hidupnya. Agar memperoleh data yang optimal dan apa adanya (*natural*) peneliti telah membangun rasa saling percaya (*trust relationship*) dengan cara

memberikan bantuan yang diperlukan partisipan mengenai penyakit dan proses rehabilitasinya sesuai yang diperlukan partisipan. Saat wawancara, peneliti telah berusaha untuk menghindari hal-hal yang bersifat evaluatif terhadap informasi yang diberikan partisipan dengan cara tidak menggunakan pengetahuan yang dimiliki terkait dengan fenomena yang digali.

Pengambilan partisipan dilakukan dengan menggunakan *purposive sampling*. Strubert dan Carpenter (2003) menyatakan bahwa *purposive sampling* yaitu pemilihan individu sebagai partisipan dalam penelitian berdasarkan pengetahuan dan kemampuannya tentang fenomena yang akan dikaji dan bersedia untuk membagi pengetahuan tersebut. Jumlah partisipan semuanya yaitu 7 orang pasien stroke yang rawat jalan di poliklinik neurologi Rumah Sakit Fatmawati Jakarta.

Pada tahap analisis peneliti mulai mengidentifikasi tema-tema terkait dengan pengalaman pasien stroke ini dengan perubahan kualitas hidupnya berdasarkan data transkrip wawancara dan catatan lapangan (*field note*) dan melakukan validasi dengan partisipan guna mendapatkan data yang akurat. Berdasarkan hasil itu peneliti mulai membuat narasi secara luas dan mendalam tentang fenomena yang diteliti.

HASIL PENELITIAN

Karakteristik Partisipan

Sebanyak 7 orang partisipan berpartisipasi dalam penelitian ini. Usia mereka bervariasi antara 55 tahun sampai dengan 71 tahun. Jenis kelamin partisipan kebanyakan laki-laki yaitu sebanyak 4 orang dan perempuan sebanyak 3 orang. Variasi tingkat pendidikan partisipan adalah dari

tingkat SLTA sampai tingkat perguruan tinggi (akademi). Kebanyakan partisipan beragama islam yaitu 5 orang, satu orang penganut kepercayaan dan satu orang lagi beragama Kristen Katolik.

Para partisipan pernah menjalani rawat inap di Rumah Sakit Fatmawati Jakarta, dan saat ini masih menjalani rawat jalan di poliklinik saraf Rumah Sakit Fatmawati, Jakarta. Saat ini semua partisipan sudah tidak bekerja lagi, riwayat pekerjaan partisipan bervariasi yaitu pegawai negeri sebanyak 2 orang, karyawan swasta sebanyak 2 orang, wiraswasta sebanyak 1 orang dan ibu rumah tangga 2 orang. Tentang status pernikahan mereka adalah 4 orang menikah, satu orang janda dan 2 orang duda semuanya tinggal bersama keluarga. Lamanya menderita stoke bervariasi yaitu antara 1 bulan sampai 2 tahun.

Analisis Tematik

Ada 4 tema yang teridentifikasi dari hasil wawancara. Tema-tema tersebut yaitu ; (1) menjadi terbatas dalam melakukan aktivitas sehari-hari, (2) merasakan penderitaan dan perubahan makna hidup karena keterbatasan dan kehilangan, (3) berbagai respon psikologis terhadap kehilangan dan penurunan kontak sosial setelah menderita stroke, (4) setiap pasien stroke membutuhkan pelayanan kesehatan yang profesional.

Menjadi terbatas dalam melakukan aktivitas sehari-hari

Menjadi terbatas dalam melakukan kehidupan sehari-hari banyak diungkapkan oleh para partisipan dalam studi ini. Hampir semua partisipan menyatakan bahwa saat ini kehidupan yang mereka jalani sangat berbeda dengan kehidupan mereka sebelum mengalami stroke. Dengan kata lain, mereka

menyatakan bahwa mereka tidak se bebas seperti dulu sebelum sakit. Aktivitas sehari-hari para partisipan yang hampir selalu dilakukan secara mandiri, diantaranya berdiri, berjalan, kebersihan diri, berpakaian, dan berbicara dengan orang lain menjadi terbatas. Para partisipan banyak mengungkapkan keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari karena adanya kelemahan fisik seperti berdiri dan berjalan, gangguan bicara dan gangguan daya ingat (memori). Berbagai kelemahan dan gangguan ini menyebabkan mereka kurang mampu mandiri dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Dengan kata lain, mereka memerlukan pertolongan atau bantuan untuk memenuhi kebutuhan hidup dasarnya sehari-hari. Salah satu partisipan dalam menyatakan keterbatasannya dalam bergerak dan berjalan adalah bila ingin menuju tempat tertentu (kamar mandi) dirinya merasa sudah bergerak ke arah yang dituju namun tidak pernah sampai pada tujuan karena partisipan ini berjalan miring. Berikut ungkapannya sebagai berikut :

“Ya saya beginilah saya mas, saya sekarang. Saya tidak bisa ngapa-ngapain seperti yang mas liat. Saya tidak bisa jalan maju lurus, jalan saya miring kiri, ya kalo ke kamar mandi tak pas ketemu pintu, pintu tak dapat saya raba dapatnya tembok ya gitulah mas, jadinya saya kembali cari pintu agar bisa ke kamar mandi, jalan saya miring-miring tak bisa lurus he ... ya gitu mas. (P1).

Penelitian yang terkait dengan hal diatas yaitu penelitian Morrison dkk. (1998). Penelitian tersebut dilakukan pada 16 pasien tumor otak dengan metoda *exploratory design involving semi-structured interviews*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa salah satu tema yang didapat yaitu stigma tentang *Mind-Body*

Illness, yang menyebabkan mereka terbatas dalam melakukan kehidupan sehari-hari. Menjadi terbatas dalam melakukan kehidupan sehari-hari akibat dari adanya tumor otak yang menyebabkan mereka mengalami kelumpuhan, gangguan pendengaran, bicara dan lainnya. Bahkan dari partisipan tersebut ada yang mengalami gangguan kognitif yang justru merasa dirinya tidak mampu melakukan semua aktivitas sehari-harinya.

Merasakan penderitaan dan perubahan makna hidup karena keterbatasan dan kehilangan

Keterbatasan akibat adanya gangguan fisik, gangguan bicara dan gangguan memori menyebabkan partisipan merasakan adanya penderitaan lain. Hal ini sama dengan laporan LeMone dan Burke (2008) yang mengatakan bahwa manifestasi klinik yang sering terjadi pada pasien paska serangan stroke adalah kelemahan pada alat gerak, penurunan kesadaran, gangguan penglihatan, gangguan komunikasi, sakit kepala dan gangguan keseimbangan.

Penderitaan dalam hal ini adalah penderitaan psikologis. Penderitaan psikologis terjadi akibat ketidakmampuan partisipan dalam melakukan apa yang ingin dilakukan berkaitan dengan keterbatasan akibat menderita stroke.

Penderitaan tersebut diantaranya adalah merasakan hidup mereka tidak dihargai, tidak diperhatikan dan tidak berguna. Beberapa partisipan merasa bahwa hidupnya tidak dihargai karena keadaan ketidakmampuan fisiknya. Selain itu, para partisipan tersebut menjadi lebih sensitive karena kelemahan fisik mereka. Sebagai contoh, jika ada orang berkelompok dan bercengkrama, mereka merasakan bahwa apa yang dibicarakan itu adalah terkait dengan gangguan dan kelemahan

yang mereka alami atau dalam hal ini mereka memiliki sikap paranoid terhadap orang lain. Hal ini sangat mengganggu kestabilan mental dan perasaan mereka.

Mereka menjadi menarik diri dari lingkungan, jarang keluar rumah, jarang mengikuti acara-acara bersama. Kadang menyalahkan diri sendiri dan membandingkan keadaan dirinya yang berbeda dengan orang lain. Ini membuat kebanyakan partisipan merasa semakin tidak diperhatikan dan tidak dihargai. Pernyataan-pernyataan partisipan berkaitan dengan hal tersebut adalah sebagai berikut :

“Ngomong dengan orang lain saya malas karena ngomong saya berat.... Jadi malas ngomong mas..... ya jarang keluar..... Saya merasa tak dianggap ya bisa nya.... ngomel dalam hati giitu mas “Saya tak miliki apa-apa, jalan saya miring kan mas..... ya seperti tak dianggap..... saya tak bisa mas.... dikatakan mengganggu ya menggagu rasanya gangguannya karena fisik saya seperti ini.... Saya kok tak kayak dia saya tak bisa kadang saya dicandai bapak stroke jangan sampai suruh dia ya kayak gitu mereka kapada saya..... Mas.....(P1).

Terkait dengan hal ini, penelitian yang pernah dilakukan oleh Bays (2001) pada 13 pasien 3 bulan paska serangan stroke di *Teaching Hospital in a Central Canadian Metropolis*, melaporkan bahwa salah satu tema yang muncul adalah penderitaan pasien stroke akibat keterbatasan dan kehilangan. Lebih lanjut dalam penelitian tersebut dikatakan bahwa pasien setelah mendapatkan serangan stroke akan merasa bahwa hidupnya tidak berguna seperti sebelumnya. Penelitian lain yang berkaitan dengan psikologis pasien paska serangan

stroke yaitu Gupta, dkk. (2008) pada 30 pasien 3 bulan sampai 30 bulan paska serangan stroke di unit rehabilitasi neurologi rumah sakit di India melaporkan bahwa sebagian besar pasien menderita tekanan psikologis akibat adanya gangguan fisik seperti kelemahan alat gerak, gangguan bicara dan ingatan. Masalah psikologis yang dialami diantaranya stress dan depresi.

Berbagai respon psikologis terhadap kehilangan dan penurunan kontak sosial setelah menderita stroke

Kelemahan dan kehilangan beberapa fungsi tubuh partisipan setelah menderita serangan stroke menyebabkan munculnya berbagai respon emosi para partisipan dalam penelitian ini. Respon emosi yang terjadi lebih mengarah pada kurangnya kemampuan partisipan dalam beradaptasi dengan keadaannya sekarang.

Partisipan mengungkapkan adanya perasaan malu, marah, sedih dan merasa terasing atau mengisolasi diri dari kehidupan sosial. Sebelum sakit (menderita stroke) partisipan aktif dalam kegiatan kegiatan dan hubungan sosial. Sekarang setelah menderita stroke dengan berbagai kelemahan seperti kelemahan alat gerak (kaki dan tangan) dan gangguan bicara sebagai sarana komunikasi. Para partisipan menceritakan bahwa mereka menjadi terbatas dalam mempertahankan hubungan sosialnya dengan banyak orang. Hal ini berakibat pada kebanyakan partisipan menarik diri dari lingkungan sosialnya.

Seperti ungkapan partisipan 2, 4 an 6 yang merasa malu dengan keadaannya sekarang (setelah menderita serangan stroke). Mereka mengungkapkan emosinya melalui rasa malu dan memilih untuk lebih banyak diam.

Pernyataan partisipan yang mendukung pernyataan tersebut diatas adalah sebagai berikut :

“Saya merasa malu..... saya malu tampil didepan teman-teman, dulu saya jadi subdin kok jadi gini jadi kere (P2)

“Saya merasa tak enak,..... merasa malu, (dengan suara pasrah dan sikap menunduk) (P4)

“Ya... saya malu dengan keadaan seperti ini... kenapa kok jadi begini apa yang bisa saya buat, (P6)

Penelitian yang sama dengan hasil penelitian ini yaitu penelitian oleh Pilkington (1999). Penelitian tersebut menggunakan metoda *longitudinal and descriptive exploratory design*, pada 14 pasien paska serangan stroke. Penelitian tersebut melaporkan bahwa salah satu tema yang didapatkan yaitu respon emosi akibat keterbatasan dan kehilangan. Beberapa partisipan mengungkapkan perasaan malu akibat adanya perubahan dalam hidup mereka. Perubahan tersebut terjadi akibat adanya perjalanan penyakit stroke yang diderita oleh partisipan. Perasaan malu yang diungkapkan oleh beberapa partisipan lebih merupakan ungkapan mereka akibat kecacatan dan gangguan komunikasi yang dialami oleh mereka. penelitian oleh Lynon, dkk. (2008) pada 9 pasien stroke di Cicago, USA, melaporkan bahwa ada 4 tema yang dihasilkan dalam kaitannya dengan hubungan sosial yaitu dukungan sosial, komunikasi, kemandirian dan perubahan peran. Dalam penelitian tersebut kebanyakan partisipan mengungkapkan perasaan stress dalam melakukan hubungan sosial. Hal tersebut berkaitan dengan gangguan komunikasi dan menurunnya kemandirian pasien setelah menderita stroke. Penyebab lain

didapatkan bahwa partisipan mengalami perubahan peran akibat adanya kecacatan atau keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Pada intinya pasien dalam penelitian ini membutuhkan dukungan sosial dalam melakukan komunikasi dengan lingkungan sosial mereka.

Setiap pasien stroke membutuhkan pelayanan kesehatan yang profesional

Beberapa partisipan menceritakan pengalamannya terkait dengan pelayanan kesehatan yang sudah diterima selama ini, sehingga mereka mempunyai harapan-harapan terhadap pelayanan kesehatan. Pengalaman tersebut antara lain kebutuhan mereka terkait dengan pemberian penyuluhan kesehatan, pelayanan yang kurang bermutu dan adanya harapan partisipan untuk memperoleh pelayanan yang lebih baik. Keluhan yang disampaikan sangat beragam. Ada yang melihat dari minimnya informasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Prilaku tenaga (perawat) yang tidak ramah sampai kepada ketidak tahuan pasien akan pelayanan apa yang mereka seharusnya dapatkan. Namun, intinya semua partisipan dalam penelitian ini memiliki keinginan untuk mendapatkan pelayanan yang ramah, informasi yang baik serta lingkungan yang baik. Berikut ungkapan partisipan tentang hal tersebut :

“...orang penyakit dalem terus omelin saya,.... tapi orang bagian saraf tidak omelin saya. (P1)

Pelayanan kesehatan termasuk keperawatan ini sesuai dengan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Deeny dan Mc Crea (1991), yaitu penelitian kualitatif dengan pendekatan *grounded theory* diperoleh hasil bahwa pemenuhan kebutuhan fisik yang lebih

dominan dari pada kebutuhan psikologis dan sosial. Kebutuhan tersebut sering tidak teridentifikasi. Menurut mereka hal ini dikarenakan perawat mungkin kurang mempunyai keterampilan yang diperlukan untuk membangun hubungan yang baik dengan pasien sehingga masalah-masalah psikologis dan sosial pasien kurang bisa tergalai dengan baik. Hal ini akan berdampak pada pemecahan masalah psikologis pasien.

Penelitian lain yang terkait dengan pelayanan kesehatan yaitu penelitian oleh Rozmovits, Rose dan Ziebland (2004), mereka melakukan penelitian kualitatif tentang kebutuhan pasien setelah penanganan kanker kolorektal di rumah-rumah sakit yang memberikan pelayanan pada pasien kanker kolorektal. Melalui survei dan wawancara mendalam didapatkan bahwa 35 (70%) rumah sakit menyediakan secara detil rencana tindak lanjut perawatan dari penyakit tersebut. Dari semua rumah sakit tersebut yang memberikan pelayanan tindak lanjut, hanya 3 rumah sakit yang memberikan alternatif pilihan tentang tipe tindak lanjut.

Dalam penelitian ini kebanyakan partisipan menyoroti tentang berbagai kemungkinan yang akan terjadi pada diri mereka setelah menderita stroke. Pelayanan yang mereka dapatkan hanya pemberian obat tanpa penjelasan kelanjutan dari pengobatan tersebut. Kurang mendapatkan latihan fisik untuk meningkatkan kemampuan fungsional, kurang mendapat perhatian dalam aspek perubahan pola hidup saat setelah mereka dirumah. Dari hal tersebut mereka membutuhkan penjelasan yang terinci tentang aturan pengobatan, perawatan serta pengaturan pola hidup yang menunjang proses penyembuhan mereka termasuk pola perubahan hidup yang harus mereka lakukan dirumah.

Penelitian lain tentang pentingnya pemberian informasi seperti yang dilakukan oleh Sahay, Gray dan Fitch (2000) dengan pendekatan kualitatif. Mereka meneliti tentang persepsi dan kepuasan pasien tentang kualitas perawatan, informasi yang telah diterima, termasuk pembuatan keputusan dan manajemen jangka panjang dari penyakitnya di Klinik Pusat Kanker Regional di Toronto. Hasilnya secara umum pasien telah merasa puas. Tetapi beberapa pasien merasa tidak puas dengan informasi tentang manajemen jangka panjang penyakitnya. Mereka mengharapkan adanya kejelasan informasi tentang perawatan penyakitnya. Sama halnya dengan penelitian ini yang membutuhkan informasi yang lengkap dan rinci. Penelitian ini telah menyimpulkan pelayanan kesehatan yang profesional sebaiknya berasumsi bahwa pasien mempunyai kesulitan dalam mengelola penyakitnya dan mendiskusikan dengan pasien mengenai masalah yang dihadapinya.

KETERBATASAN PENELITIAN

Keterbatasan kemampuan peneliti sebagai instrumen utama. Penelitian ini merupakan pengalaman pertama bagi peneliti dalam melakukan penelitian kualitatif. Karena dalam penelitian kualitatif peneliti merupakan instrumen utama dalam pengumpulan data, maka kemampuan dan pengalaman peneliti dalam wawancara mendalam banyak mempengaruhi hasil yang didapat.

Pemilihan tempat dan situasi wawancara yang kadang kurang tepat dan kurang mendukung kebebasan partisipan untuk mengungkapkan perasaannya. Berdasarkan pengalaman peneliti wawancara yang dilakukan di rumah dan dihadiri oleh anggota keluarga yang lain, ada kesan partisipan menyembunyikan perasaannya bila ditanyakan mengenai dukungan keluarga

terhadap partisipan. Ada keluarga yang malah memberikan informasi lebih banyak dari pada partisipan itu sendiri.

Hal lain yang menjadi keterbatasan dalam penelitian ini adalah semua partisipan dalam rentang umur 55-71 tahun yang merupakan usia pensiun dan pasien tidak bekerja lagi. Penelitian ini tidak bisa menggambarkan kualitas hidup pasien paska serangan stroke yang masih produktif dan umurnya dibawah 55 tahun. Pasien tersebut mungkin memiliki persepsi yang bervariasi tentang kualitas hidupnya.

Implikasi Hasil Penelitian

Praktek Keperawatan : Tema-tema yang muncul dalam penelitian ini dapat digunakan oleh perawat dalam mengkaji kebutuhan fisik dan psikologis pasien paska serangan stroke. Hal ini dapat digunakan oleh perawat baik yang berada di rumah sakit maupun perawat komunitas. Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan juga perlu memperhatikan sikap empati terhadap pasien. Perawat perlu meluangkan waktu untuk mendengarkan keluhan pasien sehingga pasien merasa diterima dan dapat mengungkapkan keluhannya secara jujur.

Pendidikan Keperawatan : melalui penelitian ini dapat dikembangkan tentang format dan metoda pengkajian keperawatan khususnya mengenai kebutuhan psikologis pasien umumnya dan pasien paska serangan stroke khususnya. Sehingga asuhan keperawatan yang diberikan menjadi holistik dan komprehensif.

Penelitian Keperawatan : keempat tema ini dapat dijadikan landasan atau data dasar bagi penelitian selanjutnya. Perlu dikembangkan tema-tema yang ada melalui perluasan variasi partisipan dan wilayah serta kualitas layanan rumah sakit dan komunitas yang berbeda-beda.

Sehingga nantinya akan tergalgi kebutuhan psikologis pasien paska serangan stroke yang lebih memenuhi unsur transferebelita

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, dapat dibuat kesimpulan sebagai berikut :

1. Paska serangan stroke menjadikan partisipan terbatas dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Keterbatasan yang banyak diungkapkan oleh partisipan meliputi kehilangan kemampuan untuk bergerak dan berjalan, kehilangan kemampuan berbicara dan mengingat.
2. Pasien setelah mendapatkan serangan stroke merasakan penderitaan ditengah-tengah keterbatasan dan kehilangan. Penderitaan dalam hal ini adalah penderitaan psikologis diantaranya merasa tidak berguna, tidak diperhatikan dan tidak dihargai.
3. Berbagai respon emosi dirasakan oleh partisipan setelah menderita stroke. Persepsi tersebut muncul akibat adanya keterbatasan baik fisik maupun fungsional. Respon tersebut diantaranya malu, marah dan isolasi diri.
4. Setiap partisipan membutuhkan pelayanan kesehatan yang profesional. Pelayanan kesehatan yang dibutuhkan meliputi asuhan keperawatan yang bermutu untuk mengurangi ketidakmampuan fisik dan kecacatan, pendidikan kesehatan, informasi dan komunikasi dengan pasien.

Saran

Rekomendasi dari hasil penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Bagi pelayanan keperawatan medikal bedah, diperlukan peningkatan pelayanan yang lebih baik lagi terutama dalam hal pemberian informasi dan komunikasi, pendidikan kesehatan, dengan pasien. Pelayanan

keperawatan yang diberikan meliputi pelayanan untuk memperbaiki kondisi fisik secara professional dan standard saat pasien dirawat untuk mencegah bertambah beratnya gejala sisa berupa gangguan fungsional tubuh saat pasien pulang.

2. Bagi institusi pendidikan keperawatan, agar meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan peserta didik dalam merawat pasien paska serangan stroke. Meningkatkan kemampuan peserta didik untuk melakukan asuhan keperawatan yang bermutu terutama terkait dengan kualitas pasien paska serangan stroke.
3. Bagi peneliti selanjutnya perlu diadakannya penelitian lebih lanjut tentang kualitas hidup pada pasien paska serangan stroke dengan rentang umur di bawah 50 tahun yang masih produktif dengan jumlah partisipan yang lebih bervariasi dari segi pekerjaan dan pendidikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahlsio, B., Britton, M., Murray, V dan Theorell, T. (2008). Disablement and quality of life after stroke, <http://stroke.ahajournals.org>, diperoleh tanggal 27 Februari 2009
- Ahmad, Sitti Airiza, (2000). Stroke di Indonesia. <http://www.pdpersi.co.id>, diperoleh tanggal 11 Agustus 2008.
- Ayatollahi, P., Nafissi, S., Eshraghian, M., Kaviani, H., dan Taraxi, A. (2007). Impact of depression and disability on quality of life in Iranian patients with multiple sclerosis, <http://online.segepub.com>, diperoleh tanggal 25 Maret 2009

- Bader & Littlejohns (ed), (2004). *American association of neuroscience nurse core curriculum for neuroscience nursing*. edisi keempat, St. Louis : Elsevier, Inc.
- Bays, T. dan Cathy, L. (2001). *Quality of life of stroke survivors*, <http://allbusiness.com>, diperoleh tanggal 25 Maret 2009),
- Bays, C.L. (2001). *Quality of life of stroke survivors : a resarch synthesis*, Publication: <http://www.allbusiness.com/journal-neuroscience-nursing/>, diperoleh tanggal 25 Juni 2009.
- Black, M.J & Hawks, H.J. (2005). *Medical-surgical nursing: clinical management for positive outcome*. (7th ed). St.Louis: Elsevier Inc.
- Bungin, B. (2003). *Analisis Data Kualitatif : Pemahaman Filosofi dan metodologis kearah penguasaan model aplikasi*, Jakarta : Raya Grafindo Persada
- Carpenito, J.L. (1997). *Application to clinical practice*. (7th ed). Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
- Castro, A. J., Marchut, M.P., Neafsey, E.J., & Wurster, R.D. (2002). *Neuroscience an outline approach*. Philadelphia : Mosby
- Cella, D. (1998). *Quality of life*. New York : Oxford University Press.
- Corring, D.J., dan Cook, J.V. (2007). Use of qualitative methods to explore the quality of life construct from a consumer perspeptive,
- <http://psychcervices.psychiatryonline.org>. diperoleh tanggal 27 Februari 2009
- Craven, F.R, & Hirnle, J.C. (2007). *Fundamentals of nursing: Human health and function*.(5th ed). Philadelphia: Lippincott william & Wilkins.
- Creswel, J.W. (1998). *Qualitative inquiry and research design*. London : Sage Publications
- Danim,S. (2003). *Menjadi Peneliti Kualitatif*, Jakarta : Rineka Cipta
- David, Osoba. (2004). The Concept of Quality of Life in Oncology http://www.doiserbia.nbs.bg.ac.yu/ft.aspx?id=0354-731004_031660, diperoleh tanggal 27 Februari 2009
- Dochterman, J.M., dan Bulechek, G.M., (2004). *Nursing intervention clasification*. (4th ed), St Louis : Mosby
- Draver, T. (1997). *Nursing Perspectives on Quality of Life*, USA : Routledge.
- Edward, C. F., Melzer, D.O. (2007). Quality of life on diabetic patients <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=9&dids>, diperoleh tanggal 27 Februari 2009
- Fisher, M. & Bogousslavsky, J. (1999). *Current review of cerebrovascular disease*. edisi ketiga, Philadelphia : Current Medecine, Inc.
- Forsberg. W. dan Blomstrand, C. (2004). Psychological well-being of spouses of stroke patients during the first year after

- stroke, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>, diperoleh tanggal 6 Maret 2009
- Geoffrey, A.D., Marc, F., Malcolm, M., dan Stephen, M.D., (2008). Stroke, <http://proquest.umi.com/pqdweb?>, diperoleh tanggal 4 Maret 2009
- Gupta, dkk. (2008); *Quality of life and psychological problems in patients undergoing neurological rehabilitation*, <http://www.annalsofian.org>, diperoleh tanggal 25 Juni 2009),
- Hackett, M.L., Duncan, J.R., Anderson, C.S., Broad, J.B dan Bonita, R. (2007). Health related quality of life among long term survivors of stroke, <http://stroke.ahajournals.org>, diperoleh tanggal 27 Februari 2009
- Hampton, N.Z. & Qin-Hilliard, D.B. (2004). Demensions of quality of life for Chinese adults with spinal cord injury: A qualitative study, <http://www.informaworld.com>, diperoleh tanggal 7 Maret 2009
- Hickey, V.J. (1997). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing*. (4th ed). Philadelphia: Lippincott william & Wilkins.
- Ignatavicius, D.D & Workman, M.L. (2006). *Medical-surgical nursing: Critical thinking for colaborative care*. St.Louis: Elsevier Inc.
- Jarvis, C. (2000), *Physical examination and health assessment.*, 3th ed, Philadelphia, WB Saunders Company.
- Lazarus, R. dan Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York : Springer Publishing Company.
- Lemone, P & Burke, M.K. (2008). *Medical-surgical nursing: Critical thinking in client care*. St.Louis: Cummings Publishing Company Inc.
- Lewis, D., Heitkemper, L & Dirksen, V. (2000). *Medical Surgical Nursing : Assessment and Management of Clinical Problem*, St. Louis, Missouri : Mosby, Inc.
- Lynch, E.B., Butt, Z., Nowinski, C.J., Heinemann, A. dan Victorson, D. (2008). Qualitative study of quality of life after stroke the importance of social ralationships, <http://stroke.ahajournals.org>, diperoleh tanggal 27 Februari 2009
- Lynon, E.B., Butt, Z., Heinemann, A., Victorson, D., Nowinski, C.J., Perez, L., dan Cella, D. (2008). A qualitative study of quality of life after stroke: The importance of social relationships, *J Rehabil Med* 2008; 40: 518–523
- Lynon, dkk. (2008); *A qualitative study of quality of life after stroke: The importance of social relationships*, *J Rehabil Med*.
- Marcel, P., Port, I.V., Maas, C., Forstberg, G., Lindemen, E. (2008). Psychological symptoms and personality characteristics affect quality of life after stroke, <http://www.americanhearth.org>, diperoleh tanggal 7 Maret 2009

- Miles, and Huberman. (1992). *Analisa Data Kualitatif*, Alih Bahasa Tjetjep R.R, Jakarta : UI – Press
- Misbach & Kalim, (2006). *Stroke mengancam usia produktif*. <http://www.medicastore.com>, diperoleh tanggal 11 Agustus 2008
- Moleong, L.J. (2006). *Metodologi penelitian kualitatif*. Edisi revisi, Bandung : PT Rosdakarya
- Moorhead, S., Johnson, M., dan Maas, M. (2004). *Nursing outcome clasification*. 3rd ed, St Louis : Mosby
- Morrison, M.M., Ferrel, B.R., Broaddus, W.C., dan Gammon, D., (1998). *The brain tumor experience and quality of life: a qualitative study*, <http://www.entrepreneur.com>, diperoleh tanggal 2 Juli 2009.
- Niemi, M.L., Laaksonen, R., Kotila, M. dan Waltimo, O. (1988). Quality of life 4 years after stroke, <http://stroke.ahajournal.org>, diperoleh tanggal 27 Februari 2009
- Nortje, T & Menon, J. (2004). *Applied cerebrovascular physiology*. <http://www.Elsivier.com>, diperoleh tanggal 27 Agustus 2008
- Nthabiseng A. P., Sarie, H., Sibusiso B., Elsie B., Innocent, M. H., Nonhlanhla, A. S. (2005). Quality of Life and the Concept of "Living Well" With HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa. <http://www.blackwell.synergy.com>, diperoleh tanggal 22 Februari 2009
- Patel, M.D., McKeivitt, C., Lawrence, E., Rudd, A.G. dan Wolfe, C.D.A. (2007). Clinical determinants of long-term quality of life after stroke, <http://ageing.oxfordjournals.org>, diperoleh tanggal 27 Februari 2009
-, dkk. (2007); *Clinical determinants of long-term quality of life after stroke*, <http://ageing.oxfordjournals.org>, diperoleh tanggal 25 Juni 2009.
- Pilkington, Beryl. (1999). A qualitative study of life after stroke, <http://www.allbusinner.com>, diperoleh tanggal 20 Maret 2009
- Pollit, D.F. & Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research : methods, appraisal and utilization* (6th ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins
- Rosenbaum, P. (1998). Quality of life. <http://www.canchild.ca/Default.aspx?tabid=126>, diperoleh tanggal 27 Februari 2009
- Sarafino, E.P. (2002). *Health psychology*. (2nd Ed.). New York : Jhon Wheley and Son's.
- Smeltzer, C.S., & Bare, R. (2008). *Brunner & suddarth's texbook of medical-surgical nursing*. (11th ed). Philadelphia: Lippincott and Wilkins.
- Stommel, T and Wills, W. (2004). *Clinical Research Concepts and Principles for Advanced Practice Nurse*, New York : Lippincott Williams & Wilkins
- Stroke center. (2007). Defenition of Stroke, <http://www.strokecenter.org/patients>

[/stats.htm](#), diperoleh tanggal 10 Februari 2009

Strubert, H.J. & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative Research in Nursing*. 3rd edition, Sydney : Lippincott Williams & Wilkins

Sturm, J.W., Donnan, G.A., Dewey, H.M., Macdonell, R.A.L., Gilligan, A.K., dan Srikanth, V. (2004). *Quality of life after stroke*, <http://stroke.ahajournals.org>, diperoleh tanggal 25 Juni 2009

Sugyono. (2005). *Metode penelitian kualitatif*. Bandung : CV Alfabeta

Somerset, Sharp dan Campbell (2002); *Multiple sclerosis and quality of life: a qualitative investigation*, <http://jhrsp.rsmjurnale.com>, diperoleh tanggal 3 Juli 2009.

The Centre for Health Promotion. (2007). *Quality of Life*, <http://www.utoronto.ca/qol/>, diperoleh tanggal 27 Februari 2009

Watson. (2006). *Transpersonal Caring and The Caring Moment Defined*, dalam <http://www2.uchsc.edu/son/caring/content/jwblo.asp>, diperoleh tanggal 20 Maret 2009

Wig, N. L., Pal, H., Ahuja, V., Mittal, C., Mohan, & Agarwal, S. (2006). *The Impact of HIV/AIDS on the Quality of Life: A cross sectional study in North India* <http://www.indianjmedsci.org/article.asp?issn=0019-5359;year=2006>; diperoleh tanggal 24 Februari 2009.